UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II

Unités d'Enseignement et de Recherche des Sciences médicales

Année 1978 - Thèse n° 357

Une consultation médicale de désintoxication tabagique essai d'évaluation des résultats à long terme

Thèse pour le Doctorat d'Etat en Médecine
présentée et soutenue publiquement
le jeudi 13 juillet 1978

par Annie, Jeanne, Marcelle, Madeleine SASCO
C.E.S. de Médecine préventive, Santé publique et Hygiène
C.E.S. de Médecine du travail
C.E.S. de Médecine aéronautique
Diplômée de Sociologie et de Sciences humaines
née le 4 décembre 1951 à Talence (Gironde)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. P. FRÉOUR	Professeur.....	Président
M. A. SERISÉ	Professeur	
M. H.-J. LAZARINI	Professeur	Juges
M. P. COUDRAY	Agrégé.....	
M. J. P. GACHIE	Docteur en Médecine	

Editions Bergeret, 71-73, rue Leyteire – BORDEAUX – Tél. (56) 91.12.59

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549628_0009

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II

Unités d'Enseignement et de Recherche des Sciences médicales

Année 1978 - Thèse n° 357

Une consultation médicale de désintoxication tabagique essai d'évaluation des résultats à long terme

Thèse pour le Doctorat d'Etat en Médecine
présentée et soutenue publiquement
le jeudi 13 juillet 1978

par Annie, Jeanne, Marcelle, Madeleine SASCO
C.E.S. de Médecine préventive, Santé publique et Hygiène
C.E.S. de Médecine du travail
C.E.S. de Médecine aéronautique
Diplômée de Sociologie et de Sciences humaines
née le 4 décembre 1951 à Talence (Gironde)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. P. FRÉOUR	Professeur.....	Président
M. A. SERISÉ	Professeur	
M. H.-J. LAZARINI	Professeur	Juges
M. P. COUDRAY	Agrégé.....	
M. J. P. GACHIE	Docteur en Médecine	

Editions Bergeret, 71-73, rue Leyteire - BORDEAUX - Tél. (56) 91.12.59

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Christophe Colomb

Découvreur du "Nouveau Monde"

.... et du Tabac

Lointaine descendante d'un corsaire Basque, je vais à mon tour renouer avec une vieille tradition Euskarienne et partir aux Amériques.
Puissé-je ramener de là-bas, non pas la fortune, mais plutôt des connaissances plus riches et une bonne formation complémentaire en Santé Publique, me permettant à mon retour de Harvard de mettre ma modeste compétence au service de la recherche et du développement de l'éducation pour la santé.

A MON PERE

A MA MERE

Vous avez essayé de m'accepter telle que je suis. Vous avez consenti à beaucoup de sacrifices pour me permettre de réaliser mes projets, et en particulier par votre aide, vous m'avez permis de mener à bien de longues études.
Que ce travail soit un gage de ma reconnaissance.

A MON ONCLE

Sois assuré de mon affection la plus profonde.

A ceux et celles

qui, par leur amour ou leur amitié, m'ont aidée
à être moi-même.

et, plus particulièrement

A Gilles

l'usage voudrait que j'utilise les mots
"in memoriam" ;

je dirai plus simplement "à toi".

A tous ceux

qui m'ont aidée dans la réalisation de ce travail,

et, en particulier

A Monsieur J. SAINGOLET

J'ai suivi votre enseignement et vous avez bien voulu assurer l'exploitation informatique de cette étude.
Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

et,

A Madame FAURE

Pour son dévouement et pour sa gentillesse.

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur Jean-Pierre GACHIE

Assistant Assistant des Hôpitaux
de Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Maître en Biologie Humaine
Maître en Psychologie
Licencié en Sociologie
Licencié en Sciences

C'est toi qui a eu l'idée de me confier ce travail.
Tu m'as aidée tout au long de sa réalisation.
Sois assuré de mes remerciements les plus sincères
et de ma profonde amitié.

Monsieur le Docteur P. COUDRAY

Maître de Conférences Agrégé de Médecine Préventive,
de Santé Publique et d'Hygiène
Biologiste des Hôpitaux
Licencié ès Lettres
Licencié en Psychologie

Bien que cette thèse ne soit pas aussi brillamment
illustrée que l'ouvrage que vous avez réalisé en
collaboration avec Monsieur le Professeur P.FREOUR,
et que votre fils a agrémenté de dessins extrêmement
expressifs, vous nous avez fait le grand honneur
d'accepter de juger ce travail.
Soyez-en remercié.

Monsieur le Professeur H.J. LAZARINI

Professeur sans Chaire de Médecine Légale
et Médecine du Travail
Médecin Légiste
Chevalier de l'Ordre National du Mérite
Officier des Palmes Académiques

Ayant eu l'honneur de suivre votre enseignement,
vous avez contribué à renforcer notre intérêt
pour la Médecine Sociale.
Vous avez bien voulu accepter de juger ce travail.
Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur A. SERISÉ

Professeur Titulaire à titre personnel
de Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Biologiste des Hôpitaux
Licencié en Psychologie
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre du Mérite
Médaille Militaire
Croix de Guerre 1939-1945
Chevalier des Palmes Académiques
Chevalier de la Santé Publique

Venue à la rencontre d'un professeur, j'ai peu
à peu découvert un guide et un ami.
Je ne l'oublierai pas.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur P. FRÉOUR

Professeur Titulaire d'Hygiène
et de Clinique de Pneumophtisiologie
Médecin des Hôpitaux, Chef de Service
Membre de la Commission de la Tuberculose
du Conseil Supérieur d'Hygiène Sociale
Membre du Haut Comité d'Etude
et d'Information sur l'Alcoolisme
Président de la Fédération Girondine de Lutte
contre les Maladies Respiratoires
Expert de l'Organisation Mondiale de la Santé
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérité
Officier des Palmes Académiques
Chevalier de la Santé Publique
Chevalier de l' Ordre National du Sénégal
Chevalier de l'Ordre National du Mérite
de la Côte d'Ivoire

Dès les premières années de nos études de médecine, nous avons eu l'honneur de suivre votre enseignement. Vous nous avez fait découvrir au-delà d'une indispensable rigueur clinique, l'aspect humain et social de certains grands fléaux : la tuberculose, mais aussi l'alcoolisme et bien sûr le tabagisme.
Vous avez déterminé notre intérêt pour la Santé Publique, et quelques années plus tard, vous nous avez réservé un accueil extrêmement chaleureux et bienveillant.

Puisque vous nous faites aujourd'hui le très grand honneur d'accepter de présider cette thèse, nous voudrions vous assurer de notre profonde admiration pour votre haute compétence et pour vos qualités humaines.

UNE CONSULTATION MÉDICALE DE DÉSINTOXICATION TABAGIQUE

ESSAI D'ÉVALUATION DES RÉSULTATS À LONG TERME

P L A N

- INTRODUCTION.

I - HISTORIQUE.

Le tabagisme : une toxicomanie ancienne, un fléau social contemporain.

La lutte contre le tabagisme : de l'anathème du Pape URBAIN VIII à la Loi du 9 Juillet 1976.

II - LA CONSULTATION MEDICALE DE DESINTOXICATION TABAGIQUE DU CENTRE FERDINAND PIECHAUD A BORDEAUX.

Fonctionnement.

III - DEFINITION DE NOTRE ETUDE : L'ACTIVITE DE LA CONSULTATION DU 1.11.1972 AU 31.12.1977.

A. *EXPOSE METHODOLOGIQUE.*

B. *CARACTERISTIQUES DES CONSULTANTS.*

1. *Répartition par sexe.*
2. *Répartition par âge.*
3. *Répartition par catégorie socio-professionnelle.*
4. *Répartition en fonction de la tabagie du conjoint.*
5. *Répartition en fonction de l'âge du début de la tabagie.*
6. *Répartition en fonction de la motivation du début de la tabagie.*
7. *Répartition en fonction de la consommation quotidienne de cigarettes.*

8. Répartition en fonction de la consommation totale de cigarettes depuis le début de l'intoxication tabagique.

9. Répartition en fonction de l'année de première consultation.

10. Répartition en fonction des motifs de consultation.

11. Répartition en fonction de l'état du sujet à la première consultation :
    a) Toux.
    b) Expectoration.
    c) Signes fonctionnels divers.
    d) Bilan initial d'exploration fonctionnelle ventilatoire.

12. Essais de désintoxication antérieurs à la visite au Centre.

IV - ETUDE APPROFONDIE DE L'EVOLUTION DU SUJET PENDANT SA FREQUENTATION DU CENTRE.

1. Répartition des sujets en fonction de la durée pendant laquelle ils ont fréquenté la consultation.

2. Répartition des sujets en fonction des traitements mis en oeuvre.

3. Analyse des résultats obtenus et étude de l'évolution des sujets pendant la période de fréquentation du centre.

V - EVALUATION DES RESULTATS A LONG TERME : DEVENIR DES SUJETS APRES LEUR DERNIERE VISITE AU CENTRE.

1. Recul exploitable.

2. Etude précise de l'évolution tabagique des sujets.

3. Evaluation des résultats en fonction du recul exploitable.

4. Analyse des raisons invoquées par les sujets pour expliquer l'échec de leur sevrage.

5. Etude systématique des résultats en fonction des caractéristiques des sujets.

VI - BILAN ET DISCUSSION DES RESULTATS OBTENUS.

- CONCLUSION.

- ANNEXES.

- BIBLIOGRAPHIE.

I N T R O D U C T I O N

Tabac : "plante dicotylédone scientifiquement appelée Nicotiana, originaire d'Amérique, haute et à larges feuilles, qui contient un alcaloïde toxique, la nicotine".

Au-delà de cette définition botanique, le mot "tabac" évoque pour certains une source de plaisirs intenses et ainsi MOLIERE a pu faire dire à SGANARELLE dans DOM JUAN ou le Festin de pierre : "il n'est rien d'égal au tabac ; c'est la passion des honnêtes gens, et qui vit sans tabac n'est pas digne de vivre". Pour d'autres, et les médecins sont (ou devraient être) parmi eux, le tabac est un "assassin". En effet, depuis une quinzaine d'années, de très nombreux travaux ont démontré sans équivoque la nocivité du tabac et aujourd'hui tout homme, et en particulier tout fumeur, doit connaître les risques auxquels il s'expose en ne renonçant pas à "l'habitude prise de consumer des feuilles de tabac au moyen de sa propre bouche" comme le dit C. KOUPERNIK (64).

Cancer broncho-pulmonaire, bronchite chronique, atteintes du système cardio-vasculaire, pathologie stomatologique, guettent, parmi d'autres maux, les fervents adeptes de "l'herbe à Nicot". (1, 13, 21, 27, 31, 63, 76, 95). Pourtant en dépit de ces dangers, la toxicomanie tabagique s'est considérablement étendue et à l'heure actuelle elle est devenue un véritable fléau social (44). Le nombre des personnes concernées, ainsi que le coût social de cette funeste habitude ont permis de déclarer le tabac "ennemi public n°1 aux U.S.A.", comme le souligne M.J. CALIFANO, Ministre Américain de la Santé et de l'Education qui a lancé le 11 Janvier 1978 une grande campagne, destinée à réduire le nombre de fumeurs qui s'élève à près de 53 millions aux U.S.A. "La fumée", a-t-il déclaré, "a été la cause majeure de 220.000 décès de personnes souffrant de troubles cardiaques

l'année dernière, de 78.000 décès de personnes atteintes de cancer du poumon et de 22.000 décès de personnes souffrant d'autres maladies ; la consommation de tabac est un suicide lent".

Depuis quelques années des campagnes anti-tabac se sont ainsi développées dans tous les pays concernés, et notamment en France (92). Elles ont suscité un véritable appel à l'aide de quelques fumeurs, désirant renoncer à leur intoxication mais sollicitant un soutien médical dans leur démarche. C'est pour répondre à cette demande que des médecins ont ouvert des centres de désintoxication tabagique.

A Bordeaux, Mr le Professeur FREOUR s'est consacré de la façon la plus active à la lutte contre le tabagisme et c'est sous impulsion qu'en octobre 1972 une consultation médicale de désintoxication tabagique a vu le jour au Centre Ferdinand PIECHAUD, 2 rue des Treuils à Bordeaux.

Le but de ce modeste travail est d'essayer d'étudier le fonctionnement de cette consultation et notamment d'évaluer les résultats obtenus.

Nous avons entrepris une étude des dossiers des sujets ayant fréquenté le centre du 1er Novembre 1972 au 31 Décembre 1977. Après une appréciation de l'évolution de leur consommation tabagique pendant leur suivi à la consultation, nous nous sommes efforcé de retrouver ces sujets après leur dernière visite au centre. Pour cela, une enquête par poste et par téléphone a été mise en route. Le rendement de ce procédé a été bon puisque 67,8 % des sujets ont pu être retrouvés (405 réponses sur 598). Nous avons ainsi pu savoir dans quelle mesure l'attitude des anciens consultants vis-à-vis de la cigarette s'était modifiée. Ceci a été apprécié avec un recul variant de 6 mois à plus de 5 ans pour les dossiers les plus anciens.

A partir des résultats obtenus, nous avons pu entrevoir les difficultés d'une action de désintoxication. Cette remarque peut d'ailleurs s'appliquer à des produits autres que le tabac : alcool, haschich et autres drogues légales ou illégales. Le tabagisme peut être assimilé à une toxicomanie car le tabac est bien à l'origine d'une pharmaco-dépendance, telle que la définit l'O.M.S.: "Etat psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres

actions qui comprennent toujours une pulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation".

Tout médecin et en particulier tout médecin de Santé Publique a un rôle fondamental à jouer dans la lutte contre la toxicomanie. Il interviendra par l'aide qu'il peut apporter à celui qui désire mettre un terme à son intoxication, mais surtout il doit assurer l'information de tous et en premier lieu des toxicomanes potentiels que représentent les jeunes. C'est au prix de cet effort que nous parviendrons à faire échec à la cigarette, "instrument de mort à l'égard duquel le neutralité n'est plus possible" (O.M.S.).

-I-

H I S T O R I Q U E

Le tabagisme : une toxicomanie ancienne,
un fléau social contemporain.

La lutte contre le tabagisme : de l'anathème du Pape URBAIN VIII à la Loi du 9 Juillet 1976.

Comme le signale A. TCHEKHOV dans "les méfaits du tabac", "le tabac est, au sens propre du mot, une plante, laquelle plante, ce n'est plus un secret, est originaire d'Amérique. Ce qui, ne craignons pas de l'affirmer, souligne étrangement son exotisme et, par suite, sa vogue funeste".

C'est en effet la découverte du "Nouveau monde" qui nous valut la découverte du tabac. Le 12 Octobre 1492, CHRISTOPHE COLOMB jeta l'ancre à Gunahari, dans l'archipel des Bahamas. Le 29 Octobre, il était devant Cuba et le 2 Novembre, il envoya à terre deux de ses hommes : RODRIGUO de XERES et LUIS de TORRES. Ceux-ci rapportèrent de leur exploration de nombreux renseignements et notamment décrivirent une étrange coutume : les autochtones utilisaient des herbes sèches, enroulées dans une large feuille. Ces étranges rouleaux étaient appelés "tobacos". L'une des extrémités était enflammée et l'autre extrémité était placée dans la bouche des sujets qui aspiraient ainsi la fumée.De l'observation, les Espagnols passèrent rapidement à l'expérience personnelle, comme en témoigne la lettre de LAS CASAS, évêque de Chiapas qui publia la description faite par CHRISTOPHE COLOMB et qui ajouta : "Je connais des Espagnols qui

imitent cette coutume. Et quand je leur ai reproché cette pratique barbare, ils m'ont répondu qu'il n'est plus en leur pouvoir de se refuser ce plaisir".(70).

A l'époque toutes les Antilles connaissaient l'usage du tabac, ainsi que les continents voisins. Le mode d'utilisation de la plante variait selon les peuples. Au Mexique, le tabac appelé Ye ou Yelt, consacré à la déesse CIHUACOALT, était fumé dans de longues pipes de terre cuite. De même en Amérique du Nord, les Indiens utilisaient le "calumet de la paix". D'autres peuples préféraient priser ou chiquer le tabac.

A leur retour en Europe, les marins de CHRISTOPHE COLOMB ramenèrent les premières graines de tabac. Plantées en Espagne et au Portugal, elles permirent la dissémination de l'usage de cette "herbe au démon". Il faut noter que les matelots, initiateurs du tabagisme furent emprisonnés pour sorcellerie.

C'est sous forme de tabac à priser que Jean NICOT, Ambassadeur de France à la cour du Portugal, conseilla vers 1560 à CATHERINE DE MEDICIS, l'usage de cette herbe qui deviendra très rapidement la "panacée Catherinaire" recommandée contre les maux de tête et autres troubles. De la Cour aux gens du peuple, l'extension du tabac fut prompte. Les prêtres même prisaient à l'Eglise.

A la demande du doyen et du chapitre de Séville, le Pape URBAIN VIII décida de frapper d'anathème ceux qui priseraient ou fumeraient "l'herbe au démon" à l'intérieur des Eglises. C'était dès 1642 une mesure visant à limiter l'usage du tabac dans les lieux publics. En 1650 le Pape INNOCENT X édicta lui aussi des peines très sévères à l'encontre des tabagistes. En 1690, en Espagne cinq moines furent enterrés vivants ; en Turquie, on tranchait la tête des fumeurs et en Angleterre, Sir WALTER RALEIGH fut décapité.

Inexorablement, l'usage du tabac continua pourtant à s'étendre, touchant tout d'abord les marins, comme en témoignent les gravures d'époque, puis la population masculine dans sa totalité.

Devant l'inefficacité des mesures visant à interdire l'utilisation du tabac, un autre aspect de la dissuasion fut tenté. C'est RICHELIEU qui le premier eut l'idée d'imposer une taxation à tout tabac venant de l'étranger.

D'autres pays suivirent son exemple. Le 23 septembre 1674, COLBERT attribua le monopole du trafic du tabac à la Compagnie des Indes qui en eut l'exclusivité jusqu'en 1720. Puis NAPOLEON I par les décrets de 1810 et 1811 fixa les bases de la législation Française actuelle en créant un monopole d'état pour le tabac.

Au début du XX siècle, les fumeurs étaient nettement plus nombreux que les priseurs ou les chiqueurs ; ils se partageaient en nombre à peu près égal entre la cigarette, le cigare et la pipe. C'est après la première et surtout la deuxième guerre mondiale que l'apparition de cigarettes manufacturées a permis une véritable explosion du tabagisme. Désormais tout le monde fume : homme et femme, adulte et adolescent, voire enfant.

Pour essayer d'endiguer cette toxicomanie, une information s'avérait nécessaire. Des organisations, telle le Comité National contre le Tabagisme, qui a fêté son centenaire en 1977, ont contribué à cette œuvre.

Parallèlement, le coût important du tabac et de la pathologie qui peut lui être rattachée, a conduit les pouvoirs publics à adopter un certain nombre de dispositions règlementaires et législatives : (27, 73)

- Loi du 9 Juillet 1976 et décret du 17 Novembre 1977 visant à limiter la propagande et la publicité en faveur du tabac (titre I) et à interdire de fumer dans les locaux et les véhicules à usage collectif (titre II).
- Arrêté du 30 Janvier 1978 fixant la liste des substances qui doivent être mentionnées sur les unités de conditionnement des cigarettes et les conditions dans lesquelles est déterminée la présence de ces substances.

Toutes ces mesures sont conformes aux recommandations du Comité Exécutif de l'O.M.S. décidées à la suite d'une réunion d'un Comité d'Experts :

1 - avertissement obligatoire sur tous les paquets de cigarettes concernant la nocivité du tabac.

2 - limitation de la publicité.

3 - restriction de l'usage du tabac dans les lieux publics et dans les transports en commun.

4 - majoration des taxations sur les cigarettes.

5 - incitation à la consommation de cigarette à faible teneur en goudron et nicotine.

6 - organisation de campagnes de masse contre l'usage de la cigarette avec action éducative sur la jeunesse.

7 - croisade au sein des groupements professionnels et religieux, culturels, sociaux, sportifs et civiques, par voie de brochure, d'affiches, de films.

8 - demande de coopération de tous les services sanitaires et de toutes les administrations publiques et privées.

Mais chacun sait qu'il ne suffit pas d'une loi pour exercer une action anti-tabac efficace. Les médecins qui depuis toujours s'efforcent d'être à l'écoute de ceux qui souffrent ont compris cela. En particulier, ils ont décidé d'apporter une aide, un soutien à ceux qui veulent s'arrêter de fumer. Tel est le but poursuivi par l'équipe du Centre Ferdinand PIECHAUD, animée par les Docteurs LABADIE et DONES, sous la responsabilité des Pr. FRÉOUR et BERNADOU.

-II-

LA CONSULTATION MÉDICALE DE DÉSINTOXICATION TABAGIQUE DU CENTRE FERDINAND PIECHAUD À BORDEAUX : FONCTIONNEMENT

Depuis l'ouverture du Centre, en Octobre 1972, plus de 800 personnes ont fréquenté les trois consultations ouvertes les lundi, mercredi et jeudi de 17 h.30 à 18 h.30.

A leur arrivée au Centre les sujets sont reçus par une infirmière qui établit un dossier pour chaque nouveau consultant. Avant qu'une technicienne ne procède à la mesure de certains paramètres ventilatoires le sujet est mesuré et pesé. L'examen respiratoire, étape fondamentale de la consultation, consiste en l'enregistrement des résistances dynamiques des voies aériennes et la mesure des débits bronchiques avec l'enregistrement de la courbe débit-volume. A la suite de cet examen qui a pour but de nous renseigner sur l'état ventilatoire du sujet et également de faire prendre conscience au fumeur de l'altération de ses performances, par comparaison avec les courbes observées chez le sujet sain et non fumeur du même âge, le sujet est reçu par un médecin.

Au cours de ce premier entretien, un questionnaire (annexe I) va nous permettre de préciser les habitudes tabagiques du sujet : consommation quotidienne, ancienneté et importance de l'intoxication, circonstances et motivations de début. Nous rechercherons également des tentatives antérieures de sevrage. Enfin, nous mettrons en évidence les signes fonctionnels et généraux en rapport avec l'altération organique liée au tabagisme : toux, expectoration, dyspnée de repos ou d'effort, asthénie, céphalée vespérale, troubles du sommeil, douleurs dans les membres inférieurs, troubles digestifs etc...

Une synthèse est alors réalisée qui va permettre la mise en place du sevrage. L'élément fondamental pour la réussite de la désintoxication est la motivation profonde du sujet. C'est lui et lui seul qui doit prendre la décision de s'arrêter de fumer.

De façon pratique, nous allons ensuite donner un certain nombre de conseils. Le sevrage immédiat nous apparaît comme étant la seule méthode valable. Il faut absolument "couper le cordon ombilical" avec la cigarette. A cet effet nous encourageons le sujet à se débarrasser immédiatement de ses cigarettes, allumettes, briquet et autres instruments de son arsenal de fumeur.

Nous allons ensuite donner quelques conseils diététiques et d'hygiène de vie. Une alimentation riche en légumes verts sera recommandée, ainsi qu'une hydratation abondante. Nous conseillerons également la pratique d'exercices physiques qui seront adaptés à chaque sujet ; au minimum nous recommanderons 15 à 20 mn de marche de préférence après les repas pour rompre l'enchainement repas-café-cigarette.

Un traitement est proposé au candidat au sevrage Il s'agit d'un simple adjuvant de la cure, en soutien thérapeutique. Trois produits sont généralement utilisés. Nous prescrivons un tranquillisant, qui aidera le patient à passer de façon plus détendue les premiers jours de son sevrage. Nous donnons également une thérapeutique substitutive, à base de lobéline, sous forme de Lobatox. Enfin nous associons un détoxiquant : le Guronsan.

A la fin de cette première consultation un rendez-vous est fixé pour la semaine suivante. Le sujet sera revu tous les huit jours au cours du premier mois, puis tous les quinze jours durant les deux mois suivants, et ensuite une fois par mois durant les neuf mois suivants.

-III-

DÉFINITION DU CHAMP DE NOTRE ÉTUDE : ACTIVITÉ DE LA CONSULTATION DU 1.11.1972 AU 31.12.1977

A. EXPOSE METHODOLOGIQUE.

La consultation médicale de désintoxication tabagique du Centre Ferdinand PIECHAUD a été mise en place au mois d'Octobre 1972.

Du 1 Novembre 1972 au 31 Décembre 1977, 810 personnes se sont présentées dans le but d'arrêter de fumer. La durée pendant laquelle ces sujets ont fréquenté le Centre est extrêmement variable, s'échelonnant d'une seule visite à 152 semaines, soit près de trois ans.

Nous avons classé à part 212 sujets (26,2 %) qui ne sont venus à la consultation qu'une seule fois. Ne possédant que peu de renseignements sur ces personnes et n'ayant en particulier aucune notion de l'évolution de leur consommation tabagique après leur unique visite au Centre, nous ne les avons pas retenus dans notre étude.

Pour les 598 autres sujets, venus à la consultation au moins deux fois, il est possible de connaître avec précision l'évolution de leur consommation pendant la durée pendant laquelle ils ont été suivis et nous pouvons savoir quel était leur comportement vis-à-vis du tabac au moment où ils ont cessé de fréquenter le Centre. Nous avons obtenu ces données par l'étude des dossiers nous permettant

l'établissement d'un questionnaire (annexe II). Les résultats ont ensuite été mis en cartes perforées et ont fait l'objet d'une analyse informatique.

Il nous a semblé particulièrement intéressant de poursuivre notre étude par une évaluation à long terme des résultats et pour cela nous avons voulu connaître le devenir des consultants après leur dernière visite au Centre. Nous avons choisi la méthode de l'enquête postale. Dans ce but, un questionnaire extrêmement bref a été mis au point (annexe III) et nous l'avons envoyé à la totalité de la population des anciens consultants vus plus d'une fois. 598 lettres ont ainsi été expédiées.

En réponse, nous avons obtenu 239 questionnaires remplis, 54 lettres portant la mention "n'habite plus à l'adresse indiquée" et 8 lettres faisaient état du décès de l'intéressé.

En ce qui concerne les sujets décédés, l'état d'intoxication tabagique a été indiqué par la famille dans deux cas : les personnes fumaient de nouveau. Par ailleurs, il est intéressant de noter les causes des décès qui ont été signalées dans trois cas : nous retrouvons là les affections typiques du fumeur en particulier un cancer broncho-pulmonaire et un cancer du larynx. Notons également que la moyenne d'âge au moment de la mort était de 54 ans, avec des âges extrêmes de 36 à 69 ans.

Un mois plus tard, les sujets n'ayant pas répondu à la première lettre ont fait l'objet d'une lettre de rappel (annexe IV). Nous avons obtenu 100 réponses, ce qui nous donnait un total de 339, soit 56,7 %. Un tel taux de réponses à une enquête par la poste peut être considéré comme très bon.

Pour améliorer encore nos résultats, nous avons décidé de poursuivre notre recherche des anciens consultants par une enquête par téléphone. Nous avons pu ainsi joindre 64 sujets.

A l'issue des deux enquêtes, postale et par téléphone, nous avons finalement retrouvé 405 sujets sur 598, soit 67,8 %.

Pour ces 405 sujets, nous avons pu étudier les résultats à long terme de la consultation, avec un recul variant de 5 mois (pour les consultants de décembre 1977) à plus de 5 ans (pour les premiers consultants de novembre 1972).

Les données obtenues ont été traitées par ordinateur et ont fait l'objet d'analyses statistiques dont les résultats vont maintenant être exposés.

B. CARACTERISTIQUES DES CONSULTANTS.

Nous allons essayer au moyen d'un certain nombre de paramètres de définir qui fréquente le Centre.

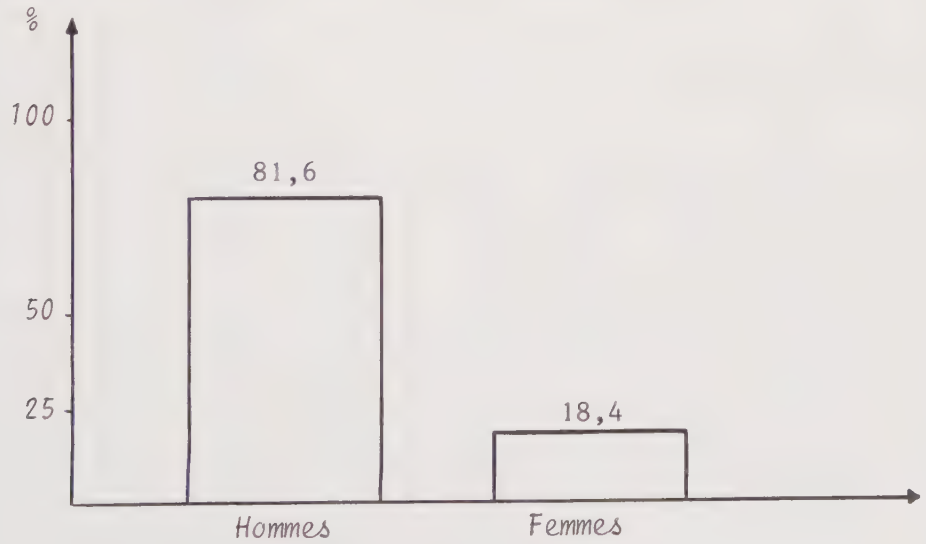
1. REPARTITION PAR SEXE.

Parmi les 598 candidats à une désintoxication tabagique, on trouve :

488 hommes soit 81,6 %

110 femmes soit 18,4 %

répartition illustrée par l'histogramme III.1.



Histogramme III.1. Répartition des consultants en fonction du sexe.

Ces chiffres peuvent être rapprochés de ceux obtenus lors de l'enquête réalisée à Bordeaux par le Professeur Paul FREOUR et son équipe en 1970 (40). Cette étude donnait 83,3 % de fumeurs chez les hommes et 12,2 % de fumeuses chez les femmes. Il faut souligner que ces résultats avaient été observés pour un échantillon de sujets âgés de 30 à 70 ans. Avec le développement du tabagisme chez la femme et en particulier chez la femme jeune, le pourcentage de fumeuses par rapport aux non-fumeuses augmente, ce qui se traduit ici par un accroissement du nombre des consultantes.

Une analyse détaillée, année de consultation par année de consultation, confirme cet accroissement du tabagisme chez la femme, et la féminisation croissante des candidats au sevrage qui en résulte. Les résultats sont exprimés dans le tableau III.2. (pour des raisons d'ordre technique les croisements ont été réalisés uniquement sur la population revue à long terme, soit 405 sujets et non pas sur les 598 sujets de la population de départ).

Tableau III.2. Etude comparative en fonction de l'année de consultation de la répartition des sujets selon leur sexe.

Sexe / Années	Hommes	Femmes	Ensemble
1972-1973	23 92,0	2 8,0	25 100,0
1974	38 88,4	5 11,6	43 100,0
1975	100 84,7	18 15,3	118 100,0
1976	116 80,0	29 20,0	145 100,0
1977	60 81,1	14 18,9	74 100,0
Total	337 83,2	68 16,8	405 100,0

Nous constatons que le pourcentage des femmes croît régulièrement depuis le début de la consultation. De 8 % en 1972-1973 il est passé à 18,9 % en 1977.

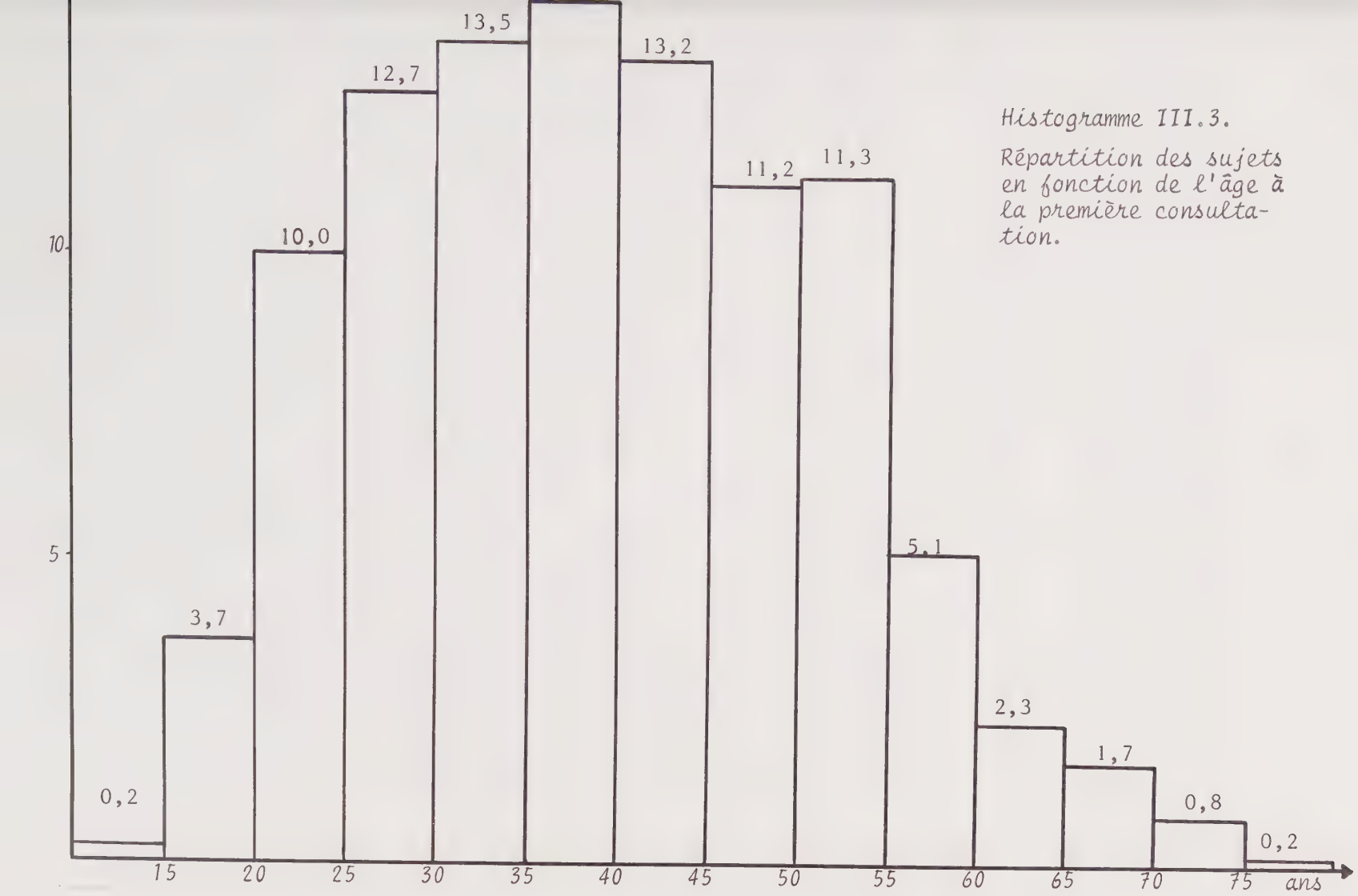
2. *REPARTITION PAR AGE.*

Au moment de sa première visite au Centre, le plus jeune de nos consultants n'avait que 14 ans, le plus âgé avait 77 ans. La classe d'âge la plus fortement représentée avec 14,1 % des sujets est celle des 35-39 ans.

(tableau III.3. et histogramme III.3.).

Tableau III.3. Répartition des consultants en fonction de l'âge au moment de leur première visite au Centre.

Classes d'âge	*Effectifs*	*Pourcentage*
moins de 15 ans	1	0,2
de 15 à 19 ans	22	3,7
de 20 à 24 ans	60	10,0
de 25 à 29 ans	76	12,7
de 30 à 34 ans	81	13,5
de 35 à 39 ans	84	14,1
de 40 à 44 ans	79	13,2
de 45 à 49 ans	67	11,2
de 50 à 54 ans	68	11,3
de 55 à 59 ans	30	5,1
de 60 à 64 ans	14	2,3
de 65 à 69 ans	10	1,7
de 70 à 74 ans	5	0,8
plus de 75 ans	1	0,2
Total	598	100,0



Histogramme III.3.

Répartition des sujets en fonction de l'âge à la première consultation.

De façon plus large, on note que 40,8 % des sujets ont entre 30 et 45 ans. On peut donc dire que c'est essentiellement l'adulte et l'adulte encore jeune qui vient à la consultation. Sachant que 60,7 % de ces personnes ont déjà fait une ou plusieurs tentatives pour s'arrêter de fumer, on constate que les fumeurs essaient de mettre fin à leur intoxication de façon relativement précoce.

Les jeunes fumeurs, par contre, ne consultent que très peu : seulement 3,7 % de sujets de 15 à 19 ans et 10 % entre 20 et 24 ans. De même, les sujets âgés consultent peu: seulement 5 % de consultants de plus de 60 ans.

Le fait que peu d'adolescents consultent alors qu'une proportion sans cesse grandissante s'adonne à la toxicomanie tabagique peut surprendre. Le plus souvent ces sujets jeunes n'ont pas encore ressenti en eux-mêmes, dans leur corps, la nocivité du tabac. Ils ne présentent que peu de troubles respiratoires, parfois une toux matinale ou un essoufflement lors d'activités sportives. L'enquête effectuée à Bordeaux en 1972 par FREOUR, SERISE, BERNADOU et ROGER (87) sur un groupe de jeunes lycéens de 12 à 14 ans indiquait que 87 % des garçons et 80 % des filles étaient conscients du danger que présentait le fait de fumer. La connaissance précise des risques encourus restait assez vague, sauf en ce qui concernait le cancer. Depuis cette époque, plusieurs campagnes anti-tabac ont été lancées et leur impact sur la population et en particulier au niveau des jeunes a été bon (41). Le sondage réalisé par la S.O.F.R.E.S. en 1976 indique que les jeunes ont reçu une bonne information sur les problèmes du tabagisme (88). Mais en ce domaine la connaissance ne suffit pas. Une anecdote rapportée par LAWTON l'illustre bien. (69). Une infirmière scolaire Britannique, chargée de faire une conférence sur les dangers du tabac, décida d'apporter dans une réunion de parents et d'élèves un poumon humain atteint de cancer. Elle ne déclencha que des rires !

A l'autre extrémité de la chaine de la vie, les sujets âgés paraissent eux aussi peu motivés pour s'arrêter de fumer. Ceci peut en partie s'expliquer par la diminution habituelle de la consommation tabagique que l'on observe chez les sujets au-delà de 55-60 ans. Beaucoup plus fréquemment intervient un comportement pouvant se traduire par des formules du type : "pour le temps qu'il me reste à vivre !..." Ces dernières années pourraient pourtant être non seulement plus nombreuses mais également beaucoup plus agréables s'ils parvenaient à se débarrasser de ce toxique : la cigarette.

L'analyse détaillée en fonction de l'année de consultation nous montre une évolution vers un rajeunissement des candidats au sevrage. Alors qu'en 1972-1973 le pourcentage de sujets âgés de 35 ans au plus n'était que de 36 %, il est passé en 1977 à 56,8 %. Le tableau III.4. nous montre les résultats.

Tableau III.4. Etude comparative en fonction de l'année de consultation de la répartition des sujets selon leur âge.

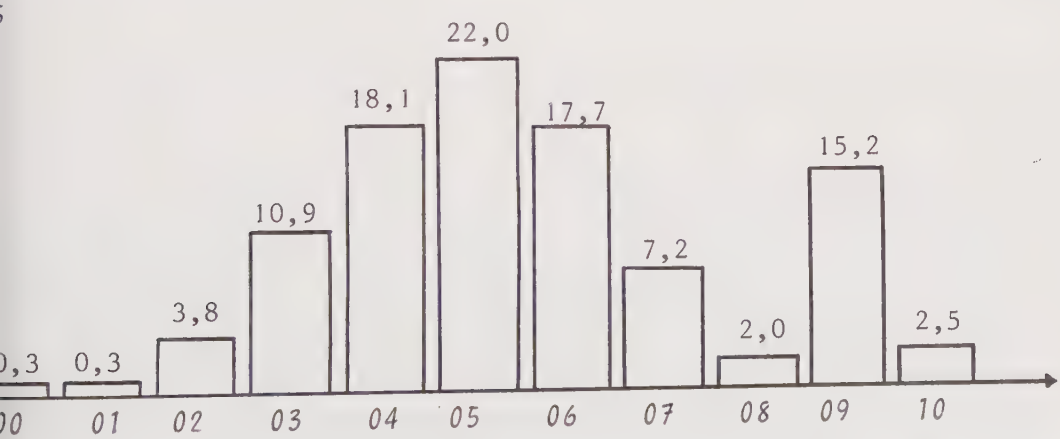
Ages / Années	⩽ 35 ans	> 35 ans	Ensemble
1972-1973	9 36,0	16 64,0	25 100,0
1974	16 37,2	27 62,8	43 100,0
1975	53 44,9	65 55,1	118 100,0
1976	57 39,2	88 60,8	145 100,0
1977	42 56,8	32 43,2	74 100,0
Total	177 43,7	228 56,3	405 100,0

3. REPARTITION PAR CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE.

Nous avons utilisé pour notre classification la répartition de l'INSEE en dix catégories.

Tableau III.5. Répartition des sujets en fonction de leur catégorie socio-professionnelle.

Catégorie socio-prof.	*Code*	*Effectifs*	*%*
Agriculteurs	00	2	0,3
Salariés agricoles	01	2	0,3
Patrons	02	23	3,8
Prof. libérales, cadres sup.	03	65	10,9
Cadres moyens	04	108	18,1
Employés	05	131	22,0
Ouvriers	06	106	17,7
Pers. de service	07	43	7,2
Autres	08	12	2,0
Non actifs	09	91	15,2
Sans précision	10	15	2,5
Total		598	100,0



Histogramme III.5. Répartition des sujets en fonction de leur catégorie socio-professionnelle.

Le tableau III.5. et l'histogramme III.5. correspondant n'appellent que peu de commentaires. Nous noterons seulement une sous-représentation des deux premières catégories : agriculteurs et salariés agricoles, prévisible pour une consultation située en zone urbaine. A l'inverse, nous observons une sur représentation relative des professions libérales, cadres supérieurs et cadres moyens, correspondant certainement à une meilleure information de ces sujets ou à une plus grande attention portée aux problèmes de santé.

4. REPARTITION EN FONCTION DE LA TABAGIE DU CONJOINT.

Ce renseignement n'était indiqué que pour 268 sujets (44,8 % des cas). On trouvait :

- 98 personnes ayant un conjoint fumeur, soit 35,6 %.
- 170 personnes ayant un conjoint non fumeur soit 63,4 %.

Les résultats ainsi trouvés sont surtout liés au sexe des sujets fréquentant la consultation: 81,6 % d'hommes pour 18,4 % de femmes.

Cette information présente néanmoins un intérêt certain car il est bien connu que l'entourage joue un rôle important dans l'intoxication tabagique du sujet. Or, le conjoint et la famille représentent le premier milieu environnant auquel chacun est soumis.

5. REPARTITION EN FONCTION DE L'AGE DU DEBUT DE LA TABAGIE.

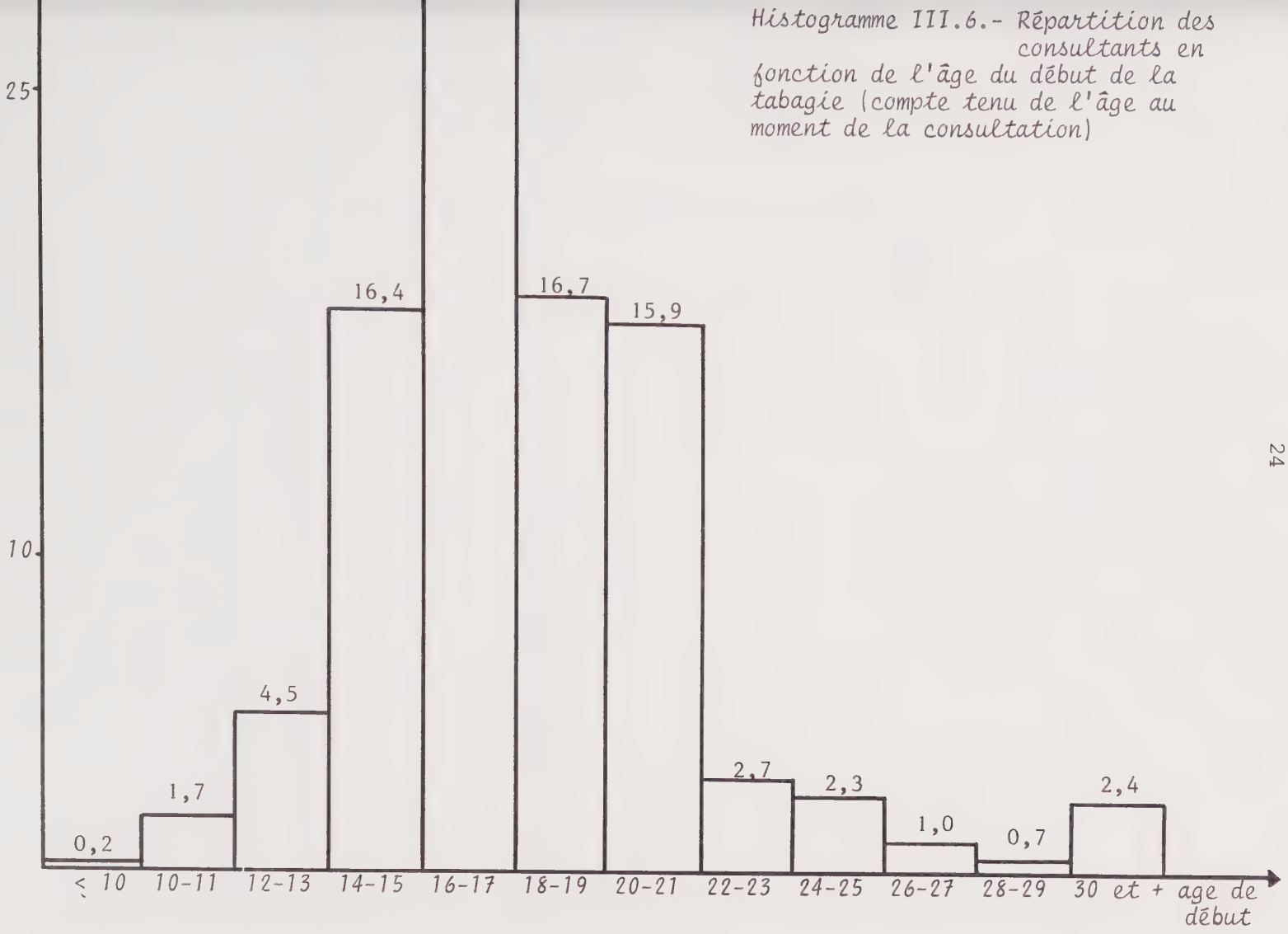
L'âge de début de l'intoxication tabagique ne cesse de s'abaisser et la première expérience de la cigarette, autrefois située au moment du service militaire, s'est déplacée vers le lycée et même actuellement vers l'école primaire. Cette tendance est parfaitement illustrée par l'enquête de SERISE, FREOUR, BERNADOU et ROGER, réalisée en 1972 à BORDEAUX (87). Sur une population de 182 jeunes lycéens des deux sexes, âgés de 12 à 14 ans, 20 % avaient fumé leur première cigarette avant l'âge de dix ans. Ce pourcentage s'élève à 70% pour les jeunes Américains (chiffres cités par FREOUR et COUDRAY dans leur ouvrage : "fumeurs en question")(40).

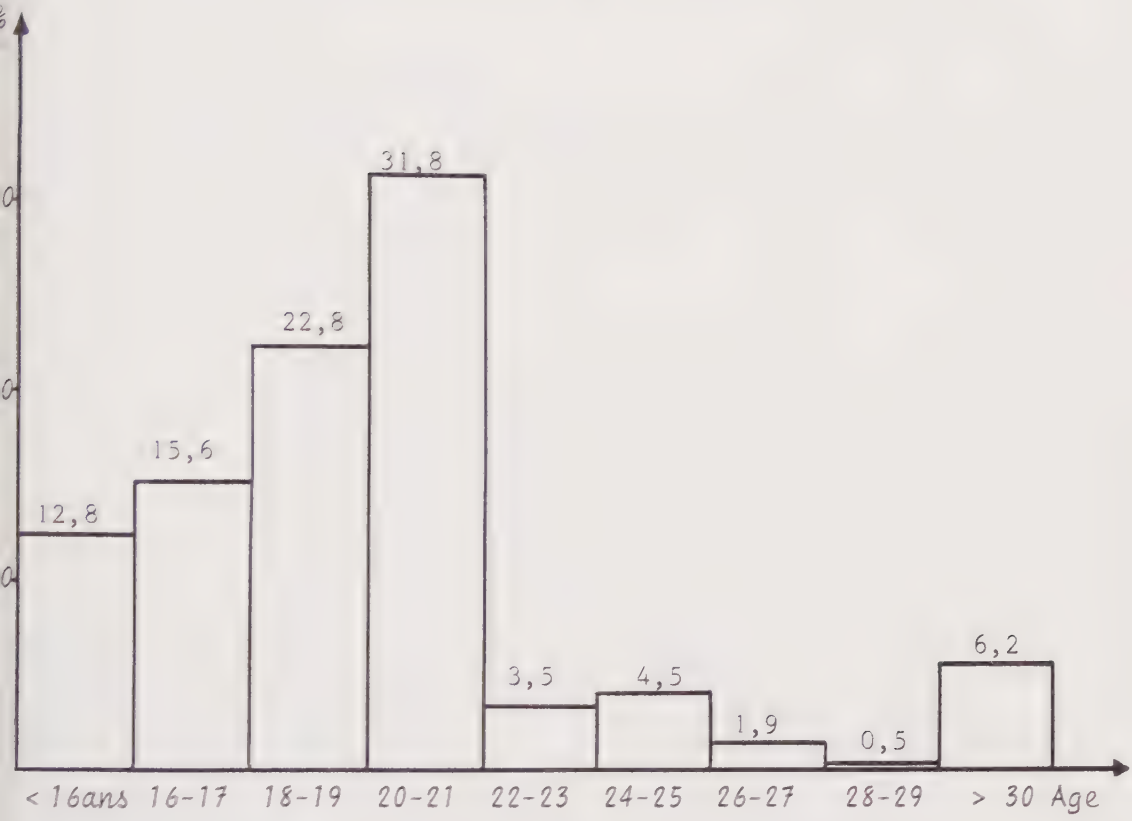
Dans notre étude, nous obtenons des résultats sensiblement différents (tableau III.6 et histogramme III.6). Ceci s'explique par l'hétérogènéité de l'âge des consultants. Néanmoins si l'on compare ces résultats avec ceux donnés par FREOUR, COUDRAY et FONTAN dans leur enquête réalisée à Bordeaux en 1970 sur un échantillon de 1320 fumeurs adultes (42) nous notons un abaissement net de l'âge de la première cigarette. (histogramme III.6 et histogramme III.6bis).

Tableau III.6. Répartition des sujets en fonction de l'âge du début de la tabagie.

Classe d'âge	*Effectif*	*%*
moins de 10 ans	1	0,2
de 10 à 11 ans	10	1,7
de 12 à 13 ans	27	4,5
de 14 à 15 ans	98	16,4
de 16 à 17 ans	155	25,8
de 18 à 19 ans	101	16,7
de 20 à 21 ans	95	15,9
de 22 à 23 ans	16	2,7
de 24 à 25 ans	14	2,3
de 26 à 27 ans	6	1,0
de 28 à 29 ans	4	0,7
30 ans et plus	13	2,4
sans précision	58	9,7
Total	598	100,0

Histogramme III.6.- Répartition des consultants en fonction de l'âge du début de la tabagie (compte tenu de l'âge au moment de la consultation)





Histogramme III.6 bis - Répartition des sujets selon l'âge du début de la tabagie

(d'après FREOUR, COUDRAY, FONTAN, Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 1970)

6. *REPARTITION EN FONCTION DE LA MOTIVATION DE DEBUT DE LA TABAGIE.*

Les motivations de début n'ont pas été indiquées par 270 sujets. Pour les 328 personnes ayant donné une motivation, on a trouvé par ordre de fréquence décroissante :

- . faire comme les autres..... 34,5%
- . entourage tabagique..... 22,6%
- . service militaire..... 18,6%
- . problèmes personnels..... 5,5%
- . devenir adulte..... 4,0%
- . plaisir de fumer..... 3,3%
- . transgression de l'interdit 3,3%
- . causes diverses..... 8,2%

La motivation "faire comme les autres" arrive très nettement en tête, indiquée dans 34,5% des cas (113 sujets). Associée avec l'influence d'un entourage tabagique et le cas particulier du service militaire, on voit que dans 75,7 % des cas, le fait de fumer une première cigarette a été déclenché par tout un environnement social. Ce n'est pas l'impulsion personnelle d'un individu isolé qui est à l'origine de l'intoxication tabagique. Au contraire, de très nombreux auteurs ont souligné le rôle social de la cigarette (8, 15, 20, 39, 40, 44, 80, 87). Bien sûr, il ne s'agit plus à notre époque d'une véritable initiation, telle celle rapportée par Louis LEWIN dans Phantastica (70): "A la "fête des hommes" des Jibaros, sur le rio Pastaza moyen, l'adolescent qui entre dans l'âge adulte se prépare d'abord à la cérémonie par le jeûne. La fumée d'un cigare que fume l'officiant lui est soufflée dans la bouche à l'aide d'un roseau et il l'avale. Le cigare est ainsi brulé en une seule fois et toute la fumée arrive dans l'estomac du novice. Cette opération est renouvelée six à huit fois à chacun des deux jours de la fête et a des effets extrêmement marqués sur le jeune homme, d'autant plus qu'il doit boire dans l'intervalle du jus de tabac. Il se produit une narcose durant laquelle il voit les esprits qui lui prophétisent son avenir et lui dispensent largement force, esprit et bonheur".

Dans nos sociétés encore, le fait d'accepter une cigarette permet une sorte de passage à l'âge adulte ou plutôt l'admission dans une communauté : celle des fumeurs. Comme le souligne René HELD "il ne faut pas oublier le rôle initiatique des premières cigarettes. On paie d'ailleurs cette initiation de malaises, de vomissements. Mais ensuite on rentre dans la fraternité des fumeurs. Dans un monde où la communication se fait, tantôt verbalement,tantôt par signes, le rituel de la cigarette est constitué par toute une série de signes incompris du non fumeur".

La cigarette apparaît donc comme un moyen d'échange, une façon d'entrer en relation avec les autres. Parlant du tabac, MOLIERE dit par la bouche de SGANARELLE : "Non seulement il réjouit et purge les cerveaux humains, mais encore il instruit les âmes à la vertu et l'on apprend avec lui à devenir honnête homme. Ne voyez-vous pas bien, dès qu'on en prend, de quelle manière obligeantœon en use avec tout le monde etcomme on est ravi d'en donner à droite et à gauche partout où on se trouve. On n'attend même pas qu'on en demande, et l'on court au-devant du souhait des gens : tant il est vrai que le tabac inspire des sentiments d'honneur et de vertu à tous ceux qui en prennent."Le même type de comportement se retrouve encore dans nos sociétés, comme l'ont montré FREOUR, COUDRAY et SERISE, dans leur rapport "le tabagisme, phénomène social" (43): "Les rencontres, les entrevues se passent sous le signe de la cigarette. L'offre ou l'acceptation d'une cigarette est fréquente non seulement lors des invitations,mais dans les relations d'affaires. Cet échange permet d'introduire une signification spéciale dans les relations de force : l'homme d'affaires ou le chef qui nous reçoit ainsi cherche à détendre les rapports, tout en introduisant ainsi avec son partenaire une fugitive complicité comme entre deux adeptes d'une même activité ; il semble dire : "la conversation que nous allons avoir, quoiqu'importante, n'est pas entièrement sérieuse. Prenez une cigarette et détendez-vous. Quoi qu'il en résulte, nous sommes tous les deux des hommes".

Comme FREOUR, COUDRAY et SERISE l'indiquaient quelques lignes plus loin : "Au départ, il y a identification chez le teen-ager au monde des grands (l'adolescent commence à fumer, beaucoup plus par conformisme que pour s'opposer à des parents bien vaguement réprobateurs), au monde des hommes. Ce n'est pas un hasard si l'extension du tabagisme chez les adolescents et les femmes correspond au développement

d'une autonomie qui leur a été longtemps refusée. Fumer, c'est, au début, être capable de faire comme papa ou comme ses frères ; ou son mari, puis comme telle ou telle vedette ou fantôme de publicité. Chaque génération transmet ainsi à l'autre ce cadeau empoisonné".

Le facteur conformisme est en effet beaucoup plus important que la notion de transgression de l'interdit, indiquée par seulement 3,3 % des sujets. Cela peut sans doute tout simplement s'expliquer par le fait que depuis quelques années les interdits ont changé de nature. En 1978, si la transgression de l'interdit peut encore être évoquée pour l'usage de drogues illégales, comme le haschich, elle ne joue guère plus pour le tabac, drogue certes mais drogue socialement admise. Pourtant comme le dit E. ARNOLD (1) : "Si l'usage du tabac était d'apparition récente, on peut se demander si cette herbe ne serait pas soumise à la même interdiction que la marijuana ! Elle le mériterait en tout cas".

La notion de première cigarette - manifestation de conformisme n'est pas récente. Elle est retrouvée dès 1963 dans la statistique de LAWTON, (69) citée par C. KOUPERNIK (64): une étude avait été effectuée chez des élèves d'une High School (équivalent de nos lycées): seulement 8% des élèves fument malgré l'interdiction des parents ou plutôt à cause d'elle.

Par contre, l'influence de l'exemple parental est grande comme l'ont souligné HORN, cité par LAWTON (69) et aussi MAC LAINE. Ce dernier précise en outre que c'est surtout l'exemple paternel qui est prépondérant.

Parmi nos consultants, plusieurs nous ont spontanément signalé que leur première cigarette leur avait été offerte par leur père, le plus souvent à l'occasion d'une fête : repas de communion, anniversaire, Noël.

Pourtant encore nombreux sont ceux qui ont fumé leur première cigarette en compagnie de camarades, de complices pourrait-on presque dire. Cette initiation par les contemporains se faisait, il y a encore un demi-siècle, au moment du service militaire. Depuis quelques années, cette initiation se fait beaucoup plus tôt, dès le lycée et maintenant elle touche aussi bien les filles que les garçons.

Enfin, il est intéressant de noter que le plaisir de fumer n'est signalé que par 3,3 % des sujets comme étant

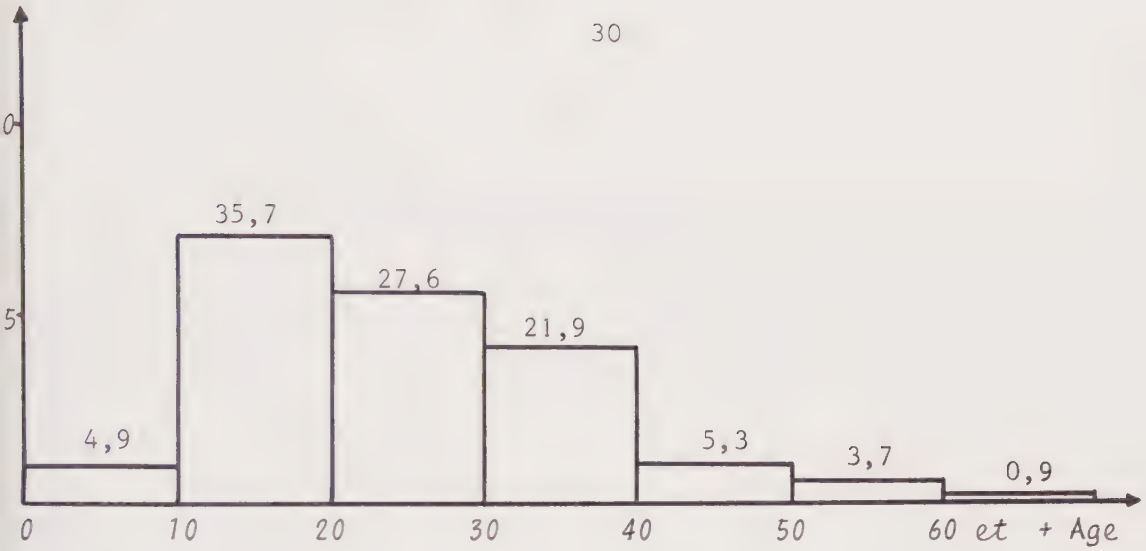
à l'origine de l'acceptation de la première cigarette. Ceci ne doit pas nous surprendre car il est connu de tous que la première cigarette n'est pas tellement agréable. Le plaisir ne viendra que peu à peu, avec l'accoutumance, faisant ainsi du tabac une drogue, selon la définition de l'O.M.S.: "une drogue désigne toute substance qui lorsque elle est introduite dans un organisme vivant, en modifie le comportement". Le fumeur devient ainsi une nouvelle victime de la toxicomanie tabagique c'est-à-dire de "l'indicible désir ou le besoin de continuer à consommer la drogue et de se la procurer par tous les moyens". A ce moment-là, comme le dit, le professeur FREOUR "l'habitude de fumer a déformé l'organisme puisque ce qui était impossible ou très désagréable est devenu en définitive agréable : l'inhalation de la fumée à pleins poumons".(35).

7. CONSOMMATION QUOTIDIENNE DE CIGARETTES.

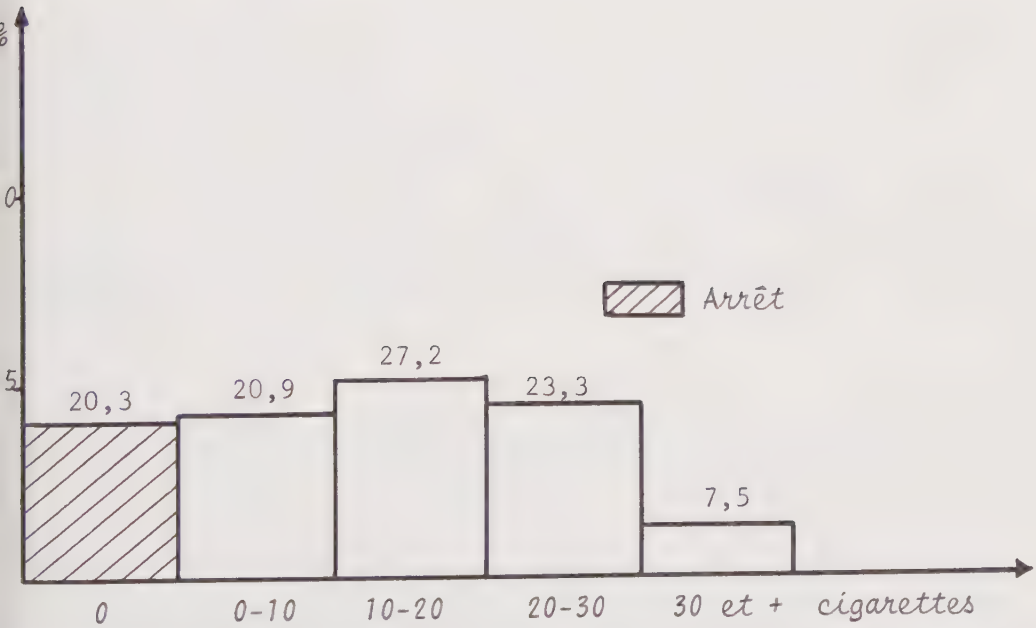
Nous avons évalué la consommation de tabac en nombre de cigarettes par jour. Comme l'ont montré FREOUR, COUDRAY et FONTAN, 90,7 % des fumeurs fument uniquement des cigarettes, 4,5 % fument pipe et cigarette, 0,9 % fument cigarettes et cigares. Seuls, 3,4 % fument uniquement la pipe. (42). On peut donc prendre la cigarette comme unité de référence et utiliser des équivalents : 1 pipe = 1 cigare = 2 cigarettes.

Dans notre population de consultants, nous avons rencontré pratiquement uniquement des fumeurs de cigarettes, à l'exception toutefois de quelques fumeurs exclusifs de cigarillos, que l'on peut assimiler à des cigarettes.

Nous nous sommes attachés à chiffrer de façon relativement précise la consommation quotidienne de cigarettes. Cette "dose" varie de quatre cigarettes à plus de trois paquets par jour.



Histogramme III.7.- Répartition des sujets en fonction de leur consommation quotidienne de cigarettes.



Histogramme III.7bis- Répartition des fumeurs en fonction de la moyenne quotidienne de cigarettes consommées l'année de l'examen
(d'après FREOUR, COUDRAY, SERISE)

Tableau III.7. Répartition des sujets en fonction de la moyenne quotidienne de cigarettes.

Consommation quotidienne	*Effectif*	*%*
1 à 10 cig./j.	29	4,9
10 à 20 cig./j.	210	35,7
20 à 30 cig./j.	162	27,6
30 à 40 cig./j.	129	21,9
40 à 50 cig./j.	31	5,3
50 à 60 cig./j.	22	3,7
plus de 60 cig./j.	5	0,9

Si nous comparons notre histogramme avec celui obtenu par FREOUR et son équipe (histogramme III.7 bis) lors de l'enquête réalisée à Bordeaux en 1965-1966 (42) nous constatons notamment une différence pour le pourcentage des fumeurs de 1 à 10 cigarettes par jour. Cela tendrait à montrer que les "petits fumeurs" ne consultent que peu.

Les très gros fumeurs sont heureusement rares : 0,9 % de nos consultants fumaient plus de 60 cigarettes par jour, soit plus de trois paquets. Mais presque un tiers des sujets (31,8 %) fumaient plus de 30 cigarettes par jour, ce qui est considérable.

8. CONSOMMATION TOTALE DE CIGARETTES DEPUIS LE DEBUT DE L'INTOXICATION TABAGIQUE.

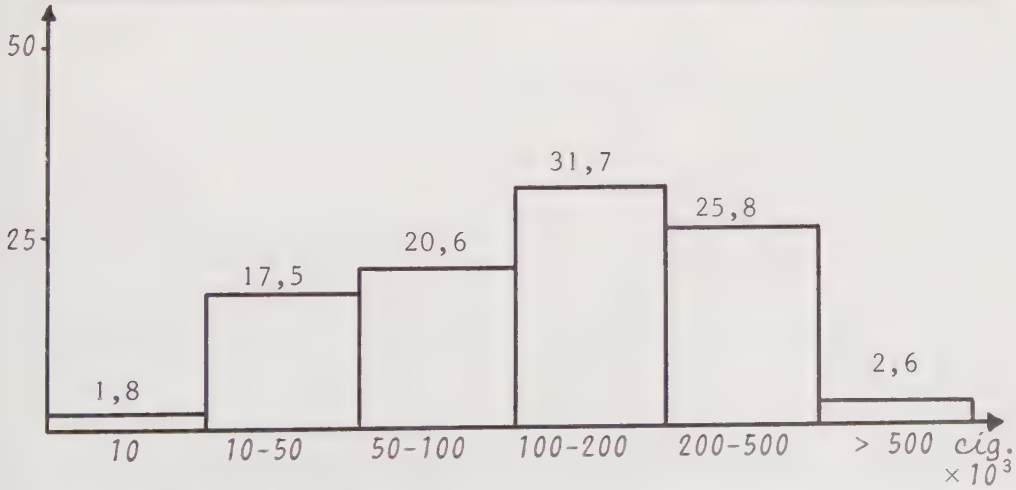
Un autre paramètre important à considérer est la quantité globale consommée par un sujet au moment de sa première visite au centre. Ce renseignement nous a été fourni par 543 personnes.

Le nombre, souvent considérable de cigarettes fumées par un seul sujet peut être obtenu par un calcul très simple. Il est bon de laisser le sujet effectuer seul ce compte. Le résultat obtenu va souvent frapper son imagination et cette réaction peut être salutaire.

Dans notre consultation, nous avons essentiellement parmi les candidats au sevrage des sujets ayant déjà consommé une quantité impressionnante de tabac. 31,7 % des consultants avaient déjà fumé de 100.000 à 200.000 cigarettes et 28,4 % plus de 200.000 cigarettes.

Tableau III.8. Répartition des consultants en fonction de leur consommation totale de cigarettes avant leur première visite au centre.

Consommation globale	*Effectif*	*%*
moins de 10.000 cig.	10	1,8
de 10.000 à 50.000 cig.	95	17,5
de 50.000 à 100.000 cig.	112	20,6
de 100.000 à 200.000 cig.	172	31,7
de 200.000 à 500.000 cig.	140	25,8
plus de 500.000 cig.	14	2,6



Histogramme III.8. Répartition des sujets en fonction de leur consommation globale de cigarettes.

9. ANNEE DE PREMIERE CONSULTATION.

Depuis l'ouverture de la consultation en Novembre 1972, le nombre des nouveaux consultants a progressé très régulièrement et rapidement de 1972 à 1976 (tableau III.9). Par contre, on note un fléchissement du recrutement des candidats au sevrage en 1977.

Tableau III.9. Répartition des sujets en fonction de l'année de leur première visite au centre.

Année de la première visite	*Effectif*	*%*
1972	4	0,7
1973	45	7,5
1974	68	11,4
1975	179	29,9
1976	203	33,9
1977	99	16,6

Histogramme III.9. Répartition des sujets en fonction de l'année de la première visite du Centre.

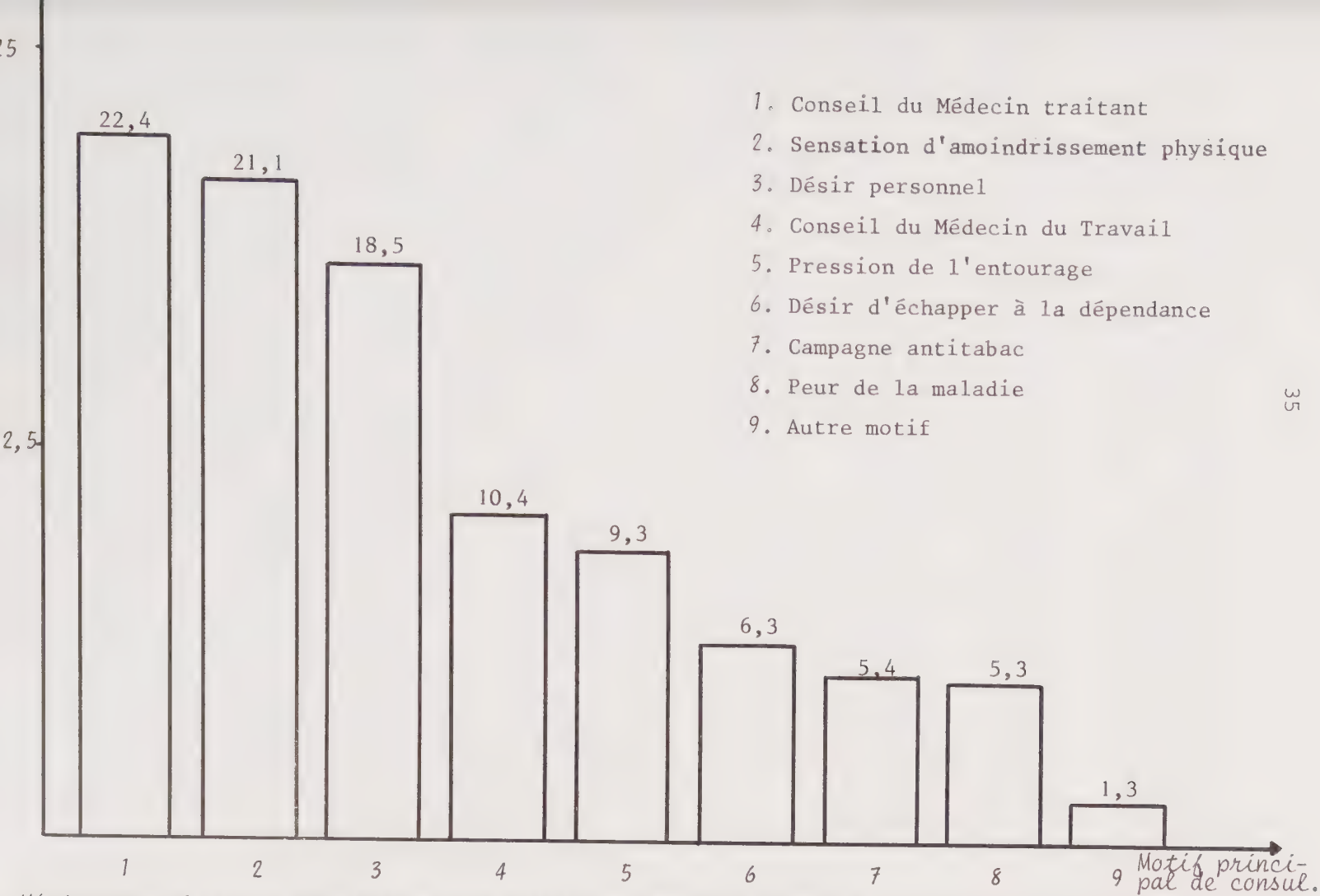
10. REPARTITION EN FONCTION DES MOTIFS DE CONSULTATION.

Parmi les 598 sujets ayant fréquenté la consultation, 539 ont indiqué au moins un motif expliquant leur venue au Centre. (Tableau III.10 et histogramme III.10).

Tableau III.10. Répartition des sujets en fonction du motif principal de consultation.

Motif principal de consultation	*Effectifs*	*%*
Conseil du médecin traitant.....	121	22,4
Sensation d'amoindrissement physique.....	114	21,1
Désir personnel.....	100	18,5
Conseil du médecin du travail....	56	10,4
Pression de l'entourage.....	50	9,3
Désir d'échapper à la dépendance	34	6,3
Campagne anti-tabac.....	29	5,4
Peur de la maladie.....	28	5,3
Autres.....	7	1,3
Total.....	539	100,0

L'étude du tableau III.10 et de l'histogramme correspondant nous montre que le premier motif invoqué pour la venue au Centre est le conseil du Médecin traitant. Pourtant si au début de la consultation, l'information sur notre activité anti-tabagique s'était faite uniquement auprès des médecins, médecins de pneumo-phtisiologie, médecins du travail, médecins généralistes, très rapidement une campagne d'information a été lancée auprès du grand public. En effet comme le souligne J.C. LABADIE "nous demeurons fermement convaincus que le désir sincère du fumeur de cesser constitue la meilleure garantie de succès".(66)



Histogramme III.10.- Répartition des sujets en fonction du motif principal de consultation.

Toutefois, conseil médical et désir personnel n'ont pas à être opposés. Le plus souvent le fumeur désirant mettre fin à son intoxication demandera conseil à son médecin généraliste. Celui-ci joue en quelque sorte un rôle de relais et conforte le candidat au sevrage dans sa décision. (3, 38, 56, 58, 72, 75, 95).

Le médecin du travail peut et doit exercer une activité analogue. L'exercice d'une médecine préventive et d'une éducation pour la santé correspond parfaitement à son statut.

En dehors de tout avis médical, des sujets alertés par une sensation d'amoindrissement physique sont venus d'eux-mêmes à la consultation. C'est ce type de patient qui sera le plus attentif à l'évolution de ses paramètres ventilatoires.

Pour 18,5 % des sujets, un désir personnel est à l'origine de leur démarche. Il s'agit là, le plus souvent de patients fortement motivés mais ne pouvant pas verbaliser de façon claire et explicite les raisons de leur volonté de sevrage.

Parmi les autres motifs invoqués, il faut noter le rôle relativement peu important des campagnes anti-tabac. Bien que leur impact ait été considéré comme bon ainsi que le montre le sondage réalisé par la SOFRES, (88) il semble que ce type d'action aboutit à une meilleure connaissance des risques encourus mais le passage à l'échelon individuel n'est pas assuré pour autant.

La peur de la maladie n'a été citée que par 5,3% des sujets. Ceci paraît paradoxal à une époque où la cancérophobie est très répandue. Sans doute convient-il de voir ici un refus de formuler une crainte vécue comme dévalorisante.

221 personnes ont indiqué un deuxième motif de consultation. On peut effectuer un classement par ordre de fréquence décroissante. On obtient les résultats suivants :

amoindrissement physique	20,9 %
conseil du médecin traitant	15,8 %
désir personnel	11,8 %
conseil du médecin du travail	11,3 %

pression de l'entourage	10,4 %
désir d'échapper à la dépendance	9,5 %
peur de la maladie	8,6 %
campagne anti-tabac	6,3 %
autres	5,4 %

L'ordre des motifs invoqués est analogue au précédent à l'exclusion toutefois des deux premiers thèmes pour lesquels s'est produite une inversion.

11. *REPARTITION EN FONCTION DE L'ETAT DU SUJET A LA PREMIERE CONSULTATION.*

Nous avons recherché avec la plus grande attention l'existence pour chacun des nouveaux consultants de signes généraux et fonctionnels en rapport avec leur tabagisme.

a) La toux.

La toux, essentiellement matinale est très fréquemment rencontrée chez les fumeurs.

Tableau III.11. Répartition des sujets en fonction de la présence ou non d'une toux à la première consultation.

	Effectifs	*%*
Toux	406	67,9
Absence de toux	144	24,1
Sans précision	48	8,0
Total	598	100,0

b) *Expectoration.*

Accompagnant fréquemment la toux, le malade nous indique souvent l'existence d'une expectoration. Au départ matinale et à prédominence hivernale elle deviendra peu à peu permanente.

Tableau III.12. Répartition des sujets en fonction de la présence ou non d'une expectoration à la première consultation.

	Effectifs	*%*
Expectoration	294	49,1
Absence d'expectoration	248	41,5
Sans précision	56	9,4
Total	598	100,0

c) *Signes fonctionnels divers.*

En dehors de la toux et de l'expectoration nous avons recherché l'existence d'autres altérations fonctionnelles ou organiques en rapport avec le tabagisme. En particulier nous interrogeons les sujets pour savoir s'ils présentent ou non une dyspnée dont nous allons préciser les caractères : dyspnée de repos ou d'effort et dans ce dernier cas nous essayerons de déterminer la nature de l'effort déclenchant. Nous rechercherons également un certain nombre de signes généraux : asthénie, céphalées vespérales, troubles de l'appétit et du sommeil. Enfin, connaissant la fréquence avec laquelle les fumeurs présentent des atteintes cardio-vasculaires, nous nous attacherons à mettre en évidence une éventuelle hypertension artérielle ou une artériopathie débutante, se traduisant par des douleurs dans les membres inférieurs surtout à type de crampes.

Plus de la moitié des sujets présentent effectivement un ou plusieurs de ces signes au moment de leur première consultation (tableau III.13).

Tableau III.13. Répartition des sujets en fonction de l'existence ou non de signes fonctionnels au moment de leur première consultation.

	Effectifs	*%*
Signe(s) fonctionnel(s).....	331	55,4
Absence de signe.....	198	33,1
Sans précision.....	69	11,5
Total.....	598	100,0

d) Répartition des sujets en fonction des résultats du bilan initial d'exploration fonctionnelle ventilatoire.

Afin d'objectiver, aussi bien pour le sujet que pour nous même, l'état respiratoire du consultant, un certain nombre de mesures vont être pratiquées : mesure des résistances dynamiques des voies aériennes et étude des débits maximaux expiratoires sur la courbe débit-volume. Comme l'ont montré BERNADOU, FREOUR et coll. la mesure des résistances dynamiques des voies aériennes présente pour l'étude de l'évolution ventilatoire du fumeur entreprenant un sevrage tabagique une sensibilité relativement insuffisante (4). Cette épreuve correspond plutôt à un moyen d'étude des grosses bronches et non pas des bronchioles qui sont touchées d'une façon précoce et élective dans les bronchopathies obstructives.

C'est la raison pour laquelle, dans notre étude nous avons retenu la mesure des débits maximaux pour suivre l'évolution des sujets. Nous prenons en compte le débit maximal à 100 % de la capacité vitale, c'est-à-dire le débit de pointe et également le débit maximum à 50 % de la capacité vitale. Ce dernier, presque aussi sensible que le débit de pointe et indépendant de l'effort du sujet est le paramètre le plus intéressant. Comme valeur de référence nous avons utilisé l'abaque de prédiction des débits maximaux expiratoires, en fonction de l'âge seul établie par TESSIER et ses coll.(89). Cette abaque permet pour un sujet

adulte de sexe masculin de déterminer non seulement la valeur de prédiction des débits maximaux mais également la limite inférieure de la normalité, aussi bien pour le débit de pointe que pour le débit à 50 %. Une abaque de même type peut être construite pour les femmes.

Nous avons pour chaque sujet comparé les valeurs obtenues avec les valeurs théoriques. Ceci nous a permis la détermination de six catégories de sujets pour lesquels les valeurs se répartissent comme suit :

1 - 2 valeurs au-dessus du débit maximum prévisible.

2 - 1 valeur au-dessus du débit maximum prévisible.

1 valeur entre le débit maximum et la limite inférieure de la normale.

3 - 1 valeur au-dessus du débit maximum prévisible.

1 valeur au-dessous de la limite inférieure de la normale.

4 - 2 valeurs entre le débit maximum et la limite inférieure de la normale.

5 - 1 valeur entre le débit maximum et la limite inférieure de la normale.

1 valeur au-dessous de la limite inférieure de la normale.

6 - 2 valeurs au-dessous de la limite inférieure de la normale.

Nous ajouterons une 7ème catégorie : 0 pour les sujets n'ayant pas fait l'objet d'une exploration ventilatoire.

La répartition des sujets dans ces diverses catégories est illustrée par le tableau III.14.

Tableau III.14. Répartition des sujets en fonction du bilan initial d'exploration fonctionnelle.

Bilan ventilatoire	*Effectifs*	*%*
1	124	20,7
2	62	10,4
3	21	3,5
4	63	10,5
5	72	12,0
6	247	41,4
0	9	1,5
Total	598	100,0

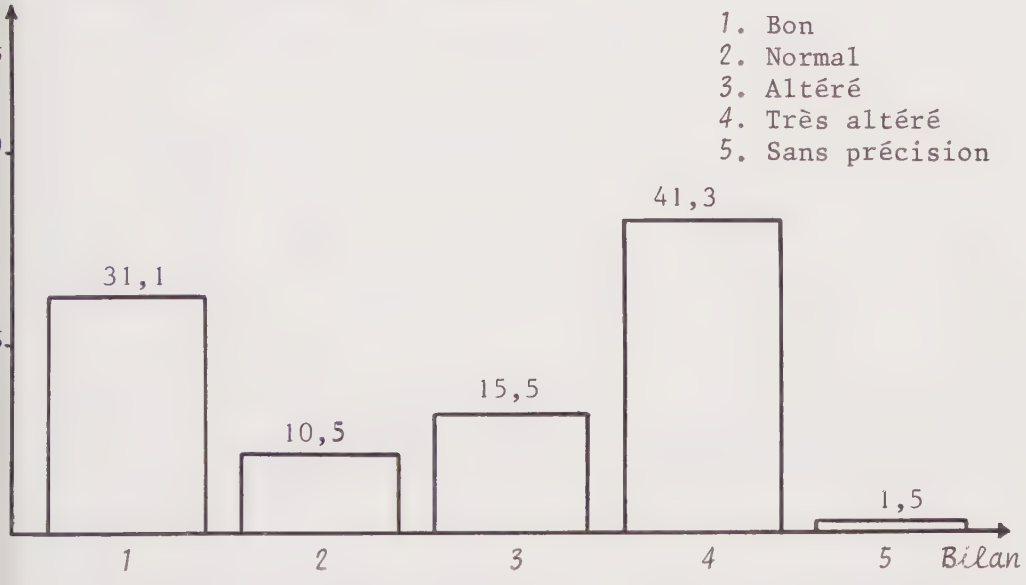
Il nous a paru utile de rassembler certaines des catégories ci-dessus, pour aboutir finalement à une répartition des sujets en 5 lots : (tableau III.15 et histogramme III.15).

Tableau III.15. Nouvelle répartition des sujets en fonction du bilan initial d'exploration fonctionnelle.

Niveau des débits maximaux expiratoires	*Effectifs*	*%*
bon (1 + 2)	186	31,1
normal (4)	63	10,5
altéré (3 + 5)	93	15,5
très altéré (6)	247	41,4
sans précision (0)	9	1,5
Total	598	100,0

Nous voyons que plus de la moitié des sujets (340 sujets, soit 56,9 %) présentent au moment de leur première visite au Centre des débits maximaux expiratoires altérés ou très altérés.

Quel que soient les résultats obtenus, il convient d'expliquer au sujet les altérations respiratoires en rapport avec le tabagisme. Un sujet, dont le bilan est mauvais et qui ressent les conséquences d'un état ventilatoire perturbé, s'attachera le plus souvent à obtenir une amélioration de ses paramètres et sera donc motivé pour le sevrage. Il importe néanmoins de convaincre tous les sujets sans exception de la nocivité de l'intoxication tabagique, en particulier sur l'appareil pulmonaire.



Histogramme III.15. Répartition des sujets en fonction du bilan initial d'exploration fonctionnelle.

Une analyse détaillée, par année de consultation, nous montre qu'actuellement les bilans normaux ou bons sont de plus en plus nombreux. Cette constatation est à rapprocher du rajeunissement observé dans la population des consultants.

Les résultats des bilans d'exploration fonctionnelle en fonction de l'année de consultation sont exprimés dans le tableau III.16.

Tableau III.16. Etude comparative par année de consultation de la répartition des sujets en fonction de leur bilan ventilatoire.

Niveau des débits maximaux expiratoires / *Années*	*S.P.*	*Bon*	*Normal*	*Altéré*	*Très altéré*	*Ensemble*
1972-1973	1 4,0	3 12,0	3 12,0	3 12,0	15 60,0	25 100,0
1974	1 2,3	4 9,3	4 9,3	3 7,0	31 72,1	43 100,0
1975	1 0,8	35 29,7	10 8,5	16 13,6	56 47,4	118 100,0
1976	0 0,0	54 37,3	18 12,4	25 17,2	48 33,1	145 100,0
1977	1 1,4	37 50,0	8 10,8	14 18,9	14 18,9	74 100,0

12. ESSAIS DE DESINTOXICATION ANTERIEURS A LA VISITE AU CENTRE.

Les sujets se présentant au Centre dans le but d'arrêter de fumer étaient interrogés non seulement sur les modalités de leur intoxication tabagique mais également sur l'existence éventuelle de tentatives d'arrêt antérieurs à leur démarche actuelle. Nous n'avons pris en compte que les arrêts d'une durée d'une semaine au minimum. En effet de très nombreux sujets nous ont signalé des "arrêts" d'un jour, voire de quelques heures.

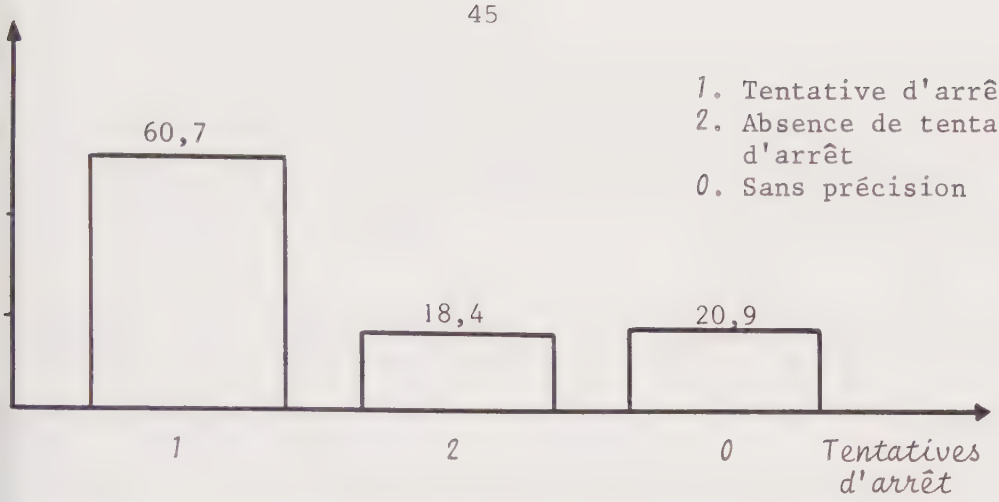
Tableau III.17. Répartition des sujets en fonction de l'existence ou non de tentative d'arrêt antérieure à leur première visite au Centre.

	Effectifs	%
Tentative d'arrêt(s).....	363	60,7
Pas de tentative d'arrêt(s)..	110	18,4
Sans précision.....	125	20,9
Total.....	598	100,0

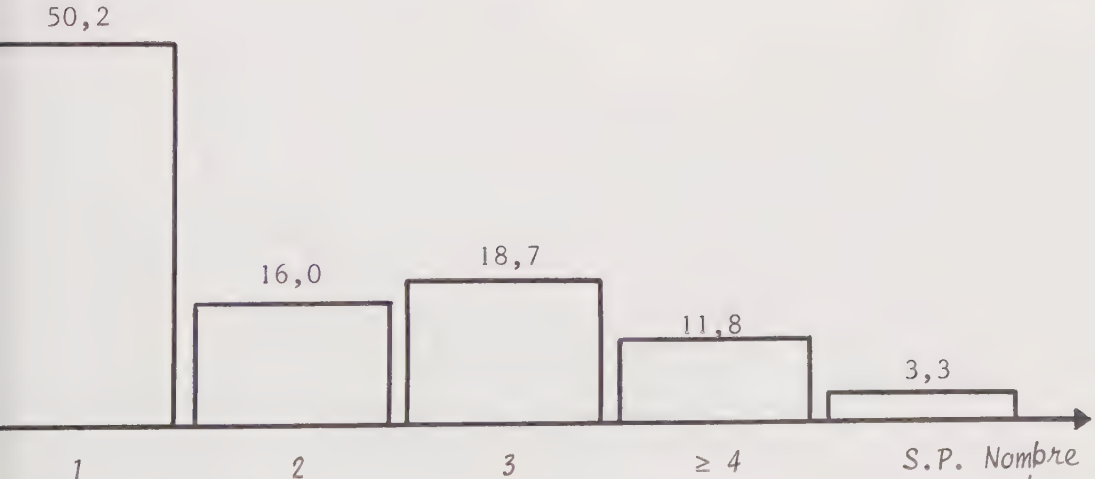
L'analyse du tableau III.17 et de l'histogramme correspondant nous montre que la majorité des sujets ont déjà fait une ou plusieurs tentatives de sevrage. Nous avons essayé de préciser les modalités de ces essais. En particulier nous avons évalué le nombre de tentatives d'arrêt.Comme le montre le tableau III.18 et l'histogramme correspondant dans plus de la moitié des cas une seule tentative de sevrage a été faite. A l'inverse, 11,8 % des sujets avaient déjà tenté de s'arrêter quatre fois ou plus avant leur venue au Centre.

Tableau III.18. Répartition des sujets en fonction du nombre de tentatives de sevrage antérieures à leur première visite au Centre.

Nombre de tentatives	*Effectifs*	%
1	182	50,2
2	58	16,0
3	68	18,7
4	31	8,5
5	4	1,1
6	4	1,1
7	1	0,3
8 et plus	3	0,8
sans précision	12	3,3
Total	363	100,0



stogramme III.17.- Répartition des sujets en fonction de l'existence ou non de tentatives d'arrêt antérieures à leur première visite au Centre.



stogramme III.18 - Répartition des sujets en fonction du nombre de tentatives d'arrêts antérieures à leur première visite au Centre.

Nous avons également essayé de faire préciser au sujet les méthodes utilisées, plusieurs méthodes pouvant être citées pour une seule personne. Le tableau III.19 nous montre que dans plus de la moitié des cas aucun méthode particulière n'a été mise en œuvre, les sujets faisant uniquement appel à leur volonté.

Tableau III.19. Répartition des sujets en fonction des méthodes utilisées.

Méthode utilisée	*Effectifs*	*%*
Volonté	205	56,5
Pastille anti-tabac	82	22,6
Plan de 5 jours	8	2,2
Filtres	3	0,8
Guérisseur	18	5,0
Acupuncture	4	1,1
Autres	12	3,3
Sans précision	66	11,0

Plusieurs réponses étant possibles, le total supérieur à 100 % n'est pas indiqué.

Nous n'étudierons pas en détail les diverses méthodes utilisées par les sujets. Notons cependant que dans 5 % des cas, les personnes ont fait appel à un guérisseur, sorcier ou mage, l'un d'entre eux étant fréquemment cité. L'acupuncture n'a été que rarement indiquée, son importance devient actuellement primordiale et sans doute de nombreux sujets y feront appel dans les mois qui viennent.

L'évaluation des résultats obtenus avec ces diverses méthodes nous paraît plus intéressante à étudier. En particulier nous avons essayé de chiffrer la durée moyenne des arrêts. Elle était précisée pour 289 patients. La répartition est indiquée dans le tableau III.20.

Tableau III.20. Répartition des tentatives d'arrêt en fonction de leur durée.

Durée moyenne des arrêts	*Effectifs*	*%*
inférieure ou égale à 1 mois	178	61,6
1 à 2 mois	22	7,6
2 à 3 mois	24	8,3
3 à 6 mois	23	8,0
6 à 12 mois	29	10,0
12 à 24 mois	6	2,1
24 à 36 mois	1	0,3
36 à 48 mois	2	0,7
48 à 60 mois	2	0,7
au-delà de 60 mois	2	0,7
Total	289	100,0

Nous remarquons que dans 95,4 % des cas, la durée moyenne des arrêts est inférieure à un an. Comme dans 61,5 % des cas, la durée est même inférieure à 1 mois,nous avons analysé plus en détail ces arrêts de courte durée. Leur répartition est indiquée dans le tableau III.21.

Tableau III.21. Répartition des tentatives d'arrêt d'une durée inférieure ou égale à un mois.

durée de l'arrêt	*Effectifs*	*%*
1 semaine	103	35,6
2 semaines	30	10,4
3 semaines	15	5,2
4 semaines	30	10,4
total	178	61,6

Nous constatons donc que le plus souvent la durée moyenne d'arrêt n'est que d'une semaine.

Pour tenter de comprendre les raisons des échecs, nous avons demandé au sujet de nous indiquer quelle était selon lui la cause de la reprise de son intoxication tabagique. Sur les 363 sujets ayant fait une ou plusieurs tentatives d'arrêt, 136 soit 37,5 % n'ont pu donner aucune raison précise expliquant leur rechute. Les autres personnes ont mis en avant une ou plusieurs raisons. Le tableau III.22 montre la répartition des diverses causes de reprise.

Tableau III.22. Répartition des sujets en fonction des causes de reprise.

Cause de la reprise	*Effectif*	*%*
Nervosité	53	14,6
Prise de poids	11	3,0
Habitude	30	8,2
Entourage tabagique	39	10,8
Difficulté personnelle	29	8,0
Besoin, manque	50	13,7
Volonté défaillante	30	8,2
Autres	15	4,1
Sans précision	136	37,5

Plusieurs réponses étant possibles, le total supérieur à 100 % n'est pas indiqué.

Nous constatons que la nervosité est la raison la plus fréquemment citée par les sujets pour expliquer leur reprise. Sachant que dans la majeure partie des cas ces tentatives de sevrage étaient accomplies en dehors de toute présence médicale et en l'absence de toute thérapeutique sédative, cela se comprend aisément.

En seconde position, nous trouvons la notion de manque, de besoin. Ceci nous confirme le caractère de toxicomanie souvent attribué au tabagisme.

-IV-

ÉTUDE APPROFONDIE DE L'ÉVOLUTION DU SUJET PENDANT SA FRÉQUENTATION DU CENTRE

A partir du dossier du sujet, établi à la première consultation et régulièrement complété à chaque visite, nous avons pu préciser les résultats obtenus sur la consommation du tabac. Nous avons également pu apprécier l'évolution des signes, notamment respiratoires et objectiver les modifications des paramètres d'exploration ventilatoire en fonction des résultats du sevrage.

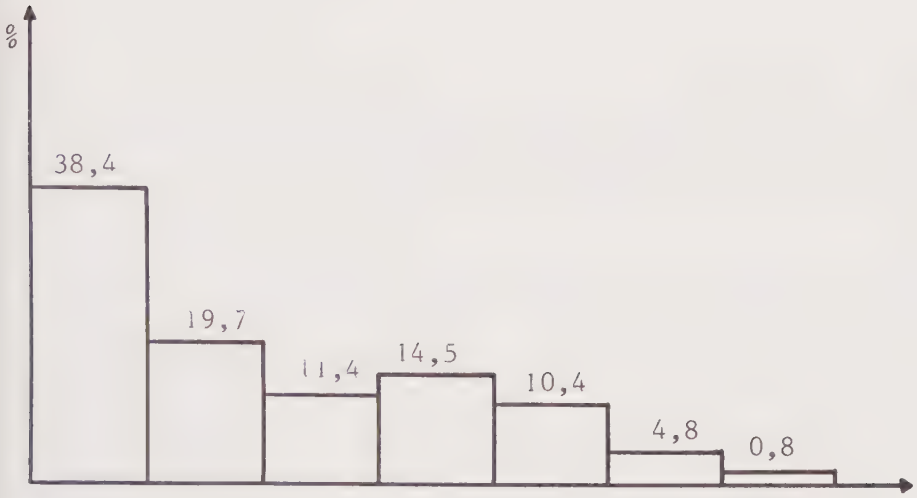
1. REPARTITION DES SUJETS EN FONCTION DE LA DUREE PENDANT LAQUELLE ILS ONT FREQUENTE LA CONSULTATION.

Comme nous l'avons déjà dit le rythme théorique de venue du sujet à la consultation est hebdomadaire pendant le premier mois, bi-mensuel pendant les deux mois suivants puis mensuel jusqu'à la fin de la première année. Ce schéma théorique n'est que rarement suivi et le plus souvent au bout d'un certain temps les patients cessent de se présenter au Centre. Dans notre étude nous n'avons retenu que les sujets qui avaient consulté au moins deux fois, c'est-à-dire pour lesquels la durée minimale de fréquentation était d'une semaine. Le sujet suivi le plus longtemps au Centre a fréquenté la consultation pendant 152 semaines, soit près de 3 ans.

D'une façon précise la durée de la fréquentation du centre par le sujet est donnée par le tableau IV.1 et l'histogramme correspondant. On voit notamment que 230 sujets soit 38,4 % ne sont pas revenus au Centre à l'issue du premier mois de consultation. Un nombre non négligeable de sujets a été suivi pendant des périodes variant de 1 mois à un an. Cette régularité dans la fréquentation du Centre est un élément qui permet d'apprécier indirectement l'acceptabilité de la méthode de sevrage proposée. Cette surveillance au "long cours" des candidats au sevrage constitue l'une des originalités du Centre de désintoxication tabagique Ferdinand PIECHAUD. En effet, le plus souvent les actions de désintoxication ont lieu dans un laps de temps très court (5 jours, 1 semaine) et les sujets ne sont pas revus ultérieurement. Apprécier dans ce cas les résultats de la désintoxication est bien difficile !(85).

Tableau IV.1. Répartition des sujets en fonction de la durée de fréquentation du Centre.

Durée de fréquentation	*Effectifs*	*%*
1 semaine	64	10,7
2 semaines	67	11,2
3 semaines	56	9,3
4 semaines	43	7,2
1 à 2 mois	118	19,7
2 à 3 mois	68	11,4
3 à 6 mois	87	14,5
6 à 12 mois	63	10,4
1 à 2 ans	27	4,6
2 à 3 ans	4	0,8
sans précision	1	0,2
Total	598	100,0



Histogramme IV.1. Répartition des sujets en fonction de la durée de fréquentation du Centre.

2. REPARTITION DES SUJETS EN FONCTION DES TRAITEMENTS MIS EN ŒUVRE.

Au début du fonctionnement de la consultation, à la fin de l'année 1972, les patients ne faisaient pas systématiquement l'objet d'une prescription médicamenteuse. A cette époque, il était fourni en fonction de chaque cas particulier un tranquillisant ou un produit de substitution mais en aucun cas un protocole thérapeutique strict n'était suivi. Cette attitude était parfois mal comprise par les patients qui réclamaient des médicaments qui les aideraient dans leur sevrage.

Il a alors été décidé d'utiliser une association thérapeutique comportant trois produits. Habituellement la prescription comporte un tranquillisant de la série de Benzodiazépines, un détoxiquant (Guronsan) et un produit de substitution à base de lobéline (Lobatox). Dans quelques cas particuliers, d'autres thérapeutiques seront mises en

œuvre pour répondre exactement au problème spécifique posé par chaque patient. Ainsi il a parfois été prescrit, mais de façon exceptionnelle des anorexigènes (Dinintel).

Tableau IV.2. Répartition des sujets en fonction de l'adoption ou non d'une prescription chimiothérapique.

	Effectifs	*%*
Traitement médicamenteux.....	488	81,6
Absence de traitement.....	41	6,9
Sans précision.....	69	11,5
Total.....	598	100,0

3. ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS ET ETUDE DE L'EVOLUTION DES SUJETS PENDANT LA PERIODE DE FREQUENTATION DU CENTRE.

a) ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS.

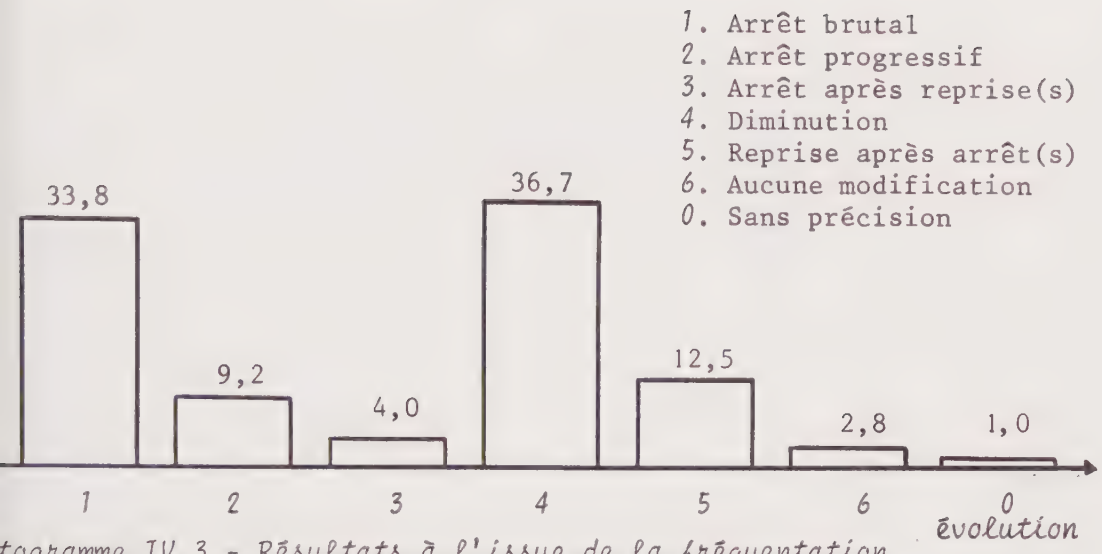
A l'issue de la première consultation les sujets sont invités à "couper le cordon ombilical" les reliant à la cigarette. Il est en effet hautement préférable de mettre fin de façon brutale à l'utilisation du tabac. Le sujet doit prendre conscience du fait qu'une nouvelle vie commence pour lui : une vie saine de non fumeur.

Nous allons classer les 598 sujets en sept catégories, en fonction du résultat obtenu tel qu'il apparaît au moment de leur dernière visite au Centre. Les résultats obtenus sont portés dans le tableau IV.3 et histogramme correspondant.

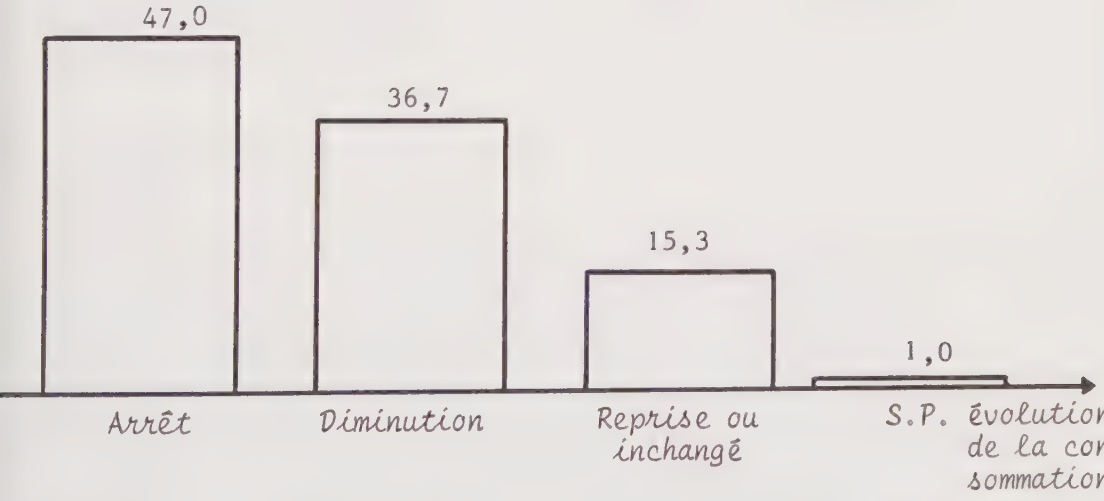
Tableau IV.3. Répartition des sujets en fonction de l'évolution de la consommation tabagique à l'issue de leur fréquentation du Centre.

Résultat obtenu	*Effectifs*	*%*
Arrêt brutal	202	33,8
Arrêt progressif	55	9,2
Arrêt après reprise(s)	24	4,0
Diminution	219	36,7
Reprise après arrêt(s)	75	12,5
Aucune modification	17	2,8
Sans précision	6	1,0
Total	598	100,0

Il est possible d'effectuer un regroupement nous amenant à une classification ne comportant plus que trois catégories auxquelles s'ajoute une quatrième catégorie de sujets, au demeurant peu nombreux (6 sujets soit 1 %) pour lesquels le résultat n'est pas connu . Nous distinguerons donc les sujets ayant arrêté de fumer, que l'arrêt ait été immédiat, progressif ou n'intervenant qu'après une ou plusieurs rechutes, les sujets ayant uniquement diminué leur consommation de tabac sans parvenir à un arrêt, les sujets ayant repris leur intoxication tabagique après un ou plusieurs arrêts ou les sujets n'ayant jamais modifié leur comportement vis-à-vis de la cigarette. Nous pouvons ainsi dresser un tableau (tableau IV.4) et l'histogramme correspondant.



togramme IV.3.- Résultats à l'issue de la fréquentation du Centre



togramme IV.4 - Répartition des sujets en fonction du résultat obtenu à l'issue de la période de fréquentation du Centre. Histogramme simplifié.

Tableau IV.4. Répartition des sujets en fonction du résultat obtenu à l'issue de leurs visites à la consultation médicale de désintoxication tabagique du Centre Ferdinand PIECHAUD.

Résultat obtenu	Effectifs	%
Arrêt	281	47,0
Diminution	219	36,7
Reprise ou absence de modification	92	15,3
Sans précision	6	1,0
Total	598	100,0

L'étude du tableau IV.4. nous montre que les résultats obtenus à l'issue de la période de consultation du Centre sont très satisfaisants. Un pourcentage de réussite totale (arrêt complet de l'intoxication tabagique de 47 %) est très bon. Si l'on y ajoute les 36,7 % des sujets qui ont diminué leur consommation de cigarettes, on peut dire que dans 83,7 % des cas la consultation a eu un effet bénéfique. Si l'on compare ces résultats avec ceux cités par J.L. SCHWARTZ dans son étude critique des méthodes de désintoxication tabagique, (85) nous constatons que le taux de succès obtenu est excellent.

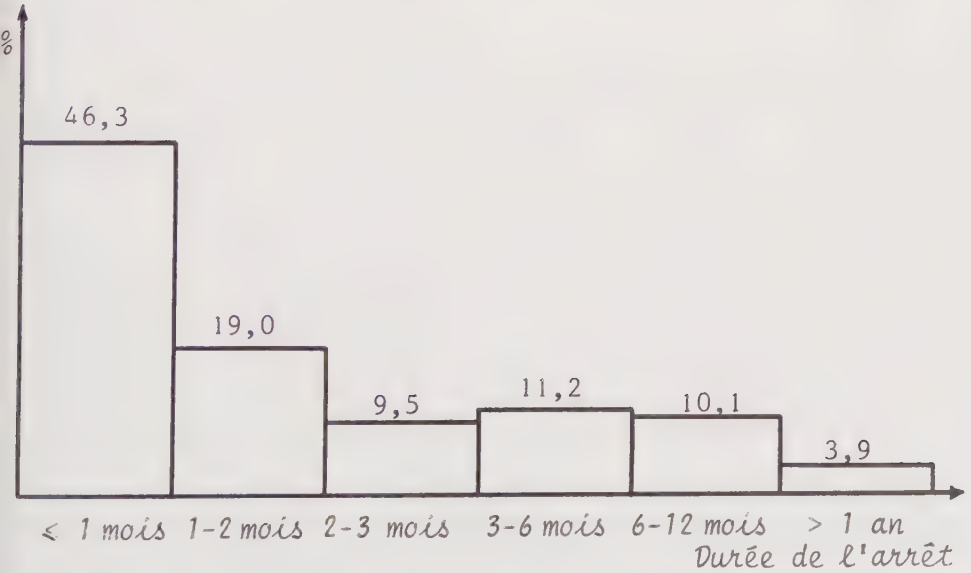
b) ETUDE DE L'EVOLUTION DES SUJETS

Nous pouvons donner à titre indicatif un tableau (tableau IV.5) et l'histogramme correspondant mettant en évidence les durées du dernier arrêt connu, au moment où le sujet quitte le Centre. Mais il faut souligner les caractères obligatoirement approximatifs d'une telle étude. En effet, d'une part nous avons à faire à une population très hétérogène de sujets, pour lesquels les durées de fréquentation du Centre sont différentes et pour lesquels également l'évolution ultérieure pourra être différente ; d'autre part ont été aussi prises en compte les durées des arrêts des sujets ayant recommencé à fumer avant leur départ du Centre.

Tableau IV.5. Répartition des durées des arrêts pendant la fréquentation du centre.

Durée du dernier arrêt connu	Effectifs	%
1 semaine	55	15,4
2 semaines	51	14,3
3 semaines	27	7,6
4 semaines	32	9,0
1 à 2 mois	68	19,0
2 à 3 mois	34	9,5
3 à 6 mois	40	11,2
6 à 12 mois	36	10,1
1 à 2 ans	11	3,1
2 à 3 ans	3	0,8

Pour des raisons techniques l'étude approfondie des résultats à l'issue de la période de fréquentation du Centre par le sujet a été effectuée uniquement sur les 405 sujets dont nous avons pu suivre l'évolution jusqu'à la période actuelle.



Histogramme IV.5. Répartition des durées des arrêts pendant la fréquentation du Centre.

α) Nous nous sommes ainsi attaché à préciser les conséquences sur les signes de l'évolution tabagique du sujet.

Nous l'étudierons sur les 357 sujets pour lesquels nous possédons l'information.

Le tableau IV.6. nous montre les effets bénéfiques du sevrage sur les signes respiratoires. 92,3 % des sujets ayant arrêté de fumer observent une amélioration de leur état respiratoire. Cependant il faut tenir compte du caractère subjectif de cette donnée : à la suite de leur fréquentation du Centre 44,8 % des sujets n'ayant pas modifié ou ayant repris leur habitude tabagique, affirment néanmoins ressentir une amélioration de leurs signes respiratoires antérieurs.

Tableau IV.6. Etude comparative de l'évolution des signes en fonction des modifications de la consommation tabagique du sujet.

Evolution des signes / *Résultats*	*Amélior.*	*Station.*	*Aggrav.*	*Ensemble*
Arrêt.....	179 92,3	15 7,7	0 0,0	194 100 %
Diminution.....	71 67,6	33 31,4	1 1,0	105 100 %
Reprise ou inchangé..	26 44,8	32 55,2	0 0,0	58 100 %
Total.....	276 77,3	80 22,4	1 0,3	357 100 %

β) D'une façon analogue, nous pouvons apprécier les conséquences sur le bilan ventilatoire de l'évolution de la consommation tabagique des sujets. Les résultats sont exprimés dans le tableau IV.7. (Etude sur 250 sujets).

Tableau IV.7. Etude comparative de l'évolution du bilan ventilatoire en fonction des modifications de la consommation tabagique du sujet.

Evolution du bilan / Résultat	Amélior.	Station.	Aggrav.	Ensemble
Arrêt	86 54,8	53 33,8	18 11,5	157 100 %
Diminution	17 34,0	18 36,0	15 30,0	50 100 %
Reprise ou inchangé	18 41,9	13 30,2	12 27,9	43 100 %
Total	121 48,4	84 33,6	45 18,0	250 100 %

Pour l'étude de l'évolution du bilan ventilatoire nous avons recherché les modifications des débits et retenu pour le débit de pointe une augmentation ou une diminution égale ou supérieure à 1 l/minute, pour le débit à 50 % une augmentation ou une diminution égale ou supérieure à 0,5 l/minute.

Trois classes de résultats sont distinguées :

Amélioration : augmentation des deux débits ou augmentation de l'un des débits, le deuxième restant stationnaire.

Stationnaire : augmentation de l'un des débits et diminution de l'autre ou absence de modification des deux débits.

Aggravation : diminution des deux débits ou diminution de l'un, l'autre restant stationnaire.

Trois points sont à signaler :

- d'une part, le temps pendant lequel les sujets ont été suivis au Centre est très hétérogène, certains n'ayant été suivis que quelques semaines ;

- d'autre part, FREOUR et collaborateurs ont montré que toute amélioration des débits maximaux expiratoires survenant après arrêt du tabagisme demandait un certain temps, parfois de l'ordre de quelques mois, pour être objectivée, résultat que notre propre travail illustre.
- En dernier lieu, il apparaît de façon significative que les meilleurs résultats sur les débits sont obtenus chez les gens qui arrêtent totalement de fumer.

Ceci rejoint une autre conclusion de FREOUR et collaborateurs : une simple diminution du tabagisme ne peut généralement permettre la récupération de débits altérés.(4, 49).

γ) Pour essayer de mieux comprendre les raisons pour lesquelles la cure de désintoxication a connu un échec pour 92 sujets soit 15,3 % des cas, nous avons recherché qu'elles étaient les causes invoquées par le sujet pour expliquer son retour à son ancienne intoxication. Plusieurs réponses pouvaient être indiquées par une même personne.Le tableau IV.8. montre la répartition des différentes causes.

Tableau IV.8. Répartition des sujets s'étant remis à fumer, en fonction de la cause de la reprise.

Cause de la reprise	*Effectifs*	*%*
Nervosité	16	17,4
Prise de poids	2	2,2
Habitude	22	24,0
Entourage tabagique	21	22,8
Difficultés personnelles	20	21,7
Besoin, manque	18	19,6
Autres	5	5,4

Plusieurs réponses étant possibles, le total, supérieur à 100 % n'est pas indiqué.

L'étude du tableau ne nous montre que peu de différences de fréquence pour les diverses raisons invoquées. Il faut cependant noter que la nervosité qui paraissait être la cause principale d'échec lors des tentatives de sevrage antérieures à la venue au Centre a perdu sa prépondérence. La prescription quasi systématique d'un tranquillisant explique certainement cette différence.

-V-

ÉVALUTATION DES RÉSULTATS À LONG TERME : DEVENIR DES SUJETS APRÈS LEUR DERNIÈRE VISITE AU CENTRE

Comme nous l'avons expliqué au début de notre étude, la partie la plus importante de notre travail a consisté à essayer de connaître de la façon la plus précise possible l'évolution tabagique des sujets ne fréquentant plus la consultation du Centre Ferdinand PIECHAUD.

Dans ce but, nous avons effectué une enquête à la recherche des anciens consultants. Pour ce faire, nous avons mis en œuvre une enquête postale suivie d'une enquête par téléphone. Nous avons pu ainsi retrouver 405 personnes soit 67,8 % des sujets.

Dans un premier temps, nous avons vérifié systématiquement pour chaque caractéristique des sujets qu'il n'existait pas de différence entre la population d'origine (598 sujets) et la population ayant répondu à notre enquête (405 sujets).

Aucune différence n'a pu être mise en évidence. Les résultats obtenus lors du dépouillement de l'enquête, en ce qui concerne les données relatives aux caractéristiques de l'intoxication et à l'évolution des sujets sont parfaitement superposables aux résultats trouvés dans l'étude des 598 sujets de la population de départ. En particulier, il faut noter que les résultats obtenus sur la consommation tabagique au moment où les sujets ont quitté le Centre (arrêt, diminution, reprise ou inchangé) sont rigoureusement identiques à ceux de la population de départ. De même, les durées de fréquentation du Centre par les sujets sont superposables.

1. RECUL EXPLOITABLE.

Il correspond à l'intervalle de temps écoulé entre la première visite au Centre du sujet et la réponse à l'enquête. Etant donné que nous avons arrêté notre étude au 31 Décembre 1977 et que d'autre part la consultation a débuté au mois de Novembre 1972, le recul avec lequel nous pouvons apprécier les résultats du sevrage varie de 5 mois à plus de 5 ans. La possibilité d'avoir pu suivre les sujets pendant une durée aussi longue constitue l'un des intérêts de cette étude. En particulier nous avons pu évaluer de façon détaillée les résultats obtenus pour chaque année de consultation.

Le tableau V.1. nous montre la répartition des reculs exploitables.

Tableau V.1. Répartition des reculs exploitables.

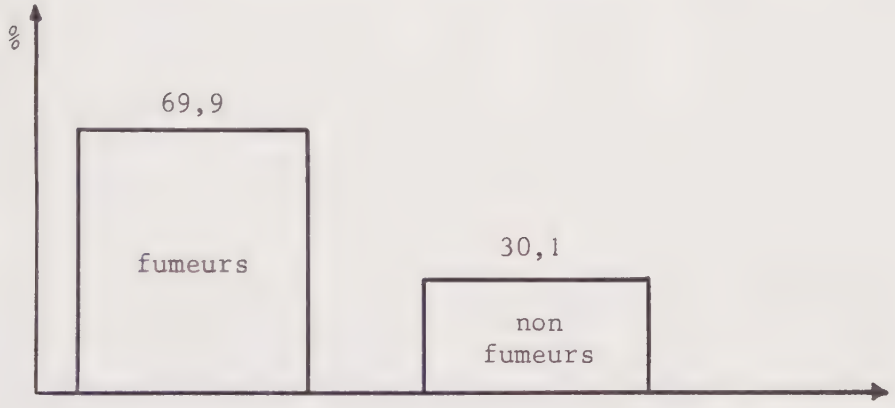
Recul exploitable	*Effectifs*	*%*
Inf. ou égal à 1 an	50	12,4
1 à 2 ans	121	29,9
2 à 3 ans	144	35,6
3 à 4 ans	50	12,3
4 à 5 ans	35	8,6
supérieur à 5 ans	5	1,2
Total	405	100,0

2. ETUDE PRECISE DE L'EVOLUTION TABAGIQUE DES SUJETS.

A la question : "Fumez-vous actuellement ?",nous avons obtenu 283 "oui", soit 69,9 % et 122 "non" soit 30,1%. Ce résultat est exprimé dans le tableau V.2. et l'histogramme correspondant.

Tableau V.2. Répartition des sujets en fonction de leur qualité actuelle de fumeur ou de non-fumeur.

Situation actuelle	*Effectifs*	*%*
Sujet fumeur.....	283	69,9
Sujet non fumeur.....	122	30,1
Total.....	405	100,0



Histogramme V.2. Situation actuelle

De façon précise, nous pouvons classer les 405 sujets qui ont répondu à notre enquête en six catégories en fonction de l'évolution de leur consommation tabagique. Nous obtenons ainsi le tableau V.3. et l'histogramme correspondant.

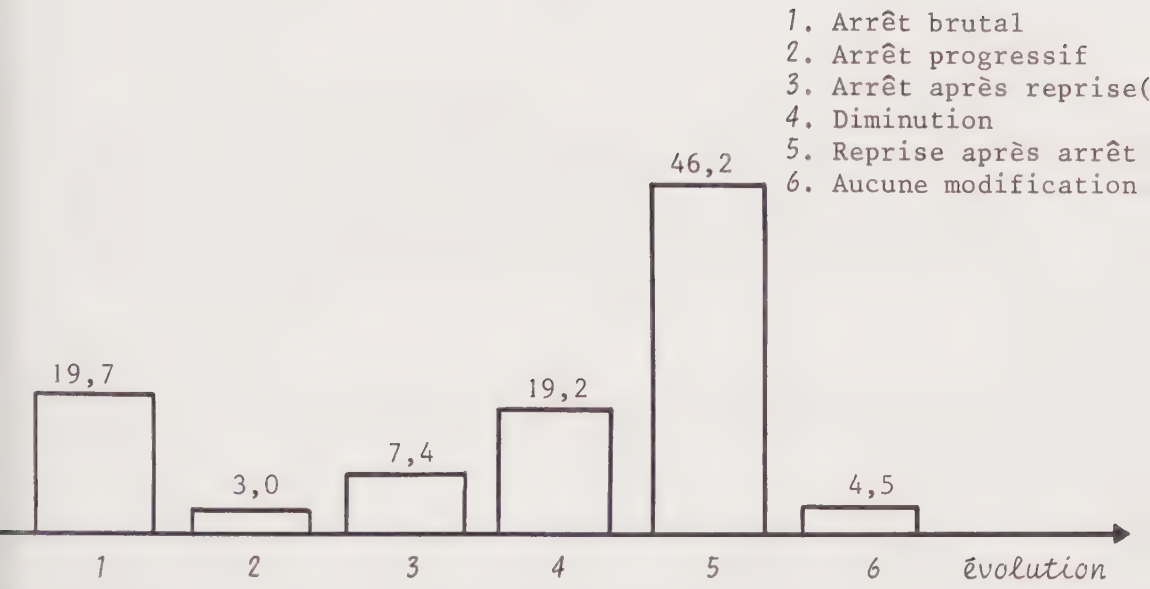
Tableau V.3. Répartition des sujets en fonction de l'évolution de la consommation tabagique après leur dernière visite au Centre.

Résultat obtenu	*Effectifs*	*%*
Arrêt brutal	80	19,7
Arrêt progressif	12	3,0
Arrêt après reprise(s)	30	7,4
Diminution	78	19,2
Reprise après arrêt(s)	187	46,2
Aucune modification	18	4,5
Total	405	100,0

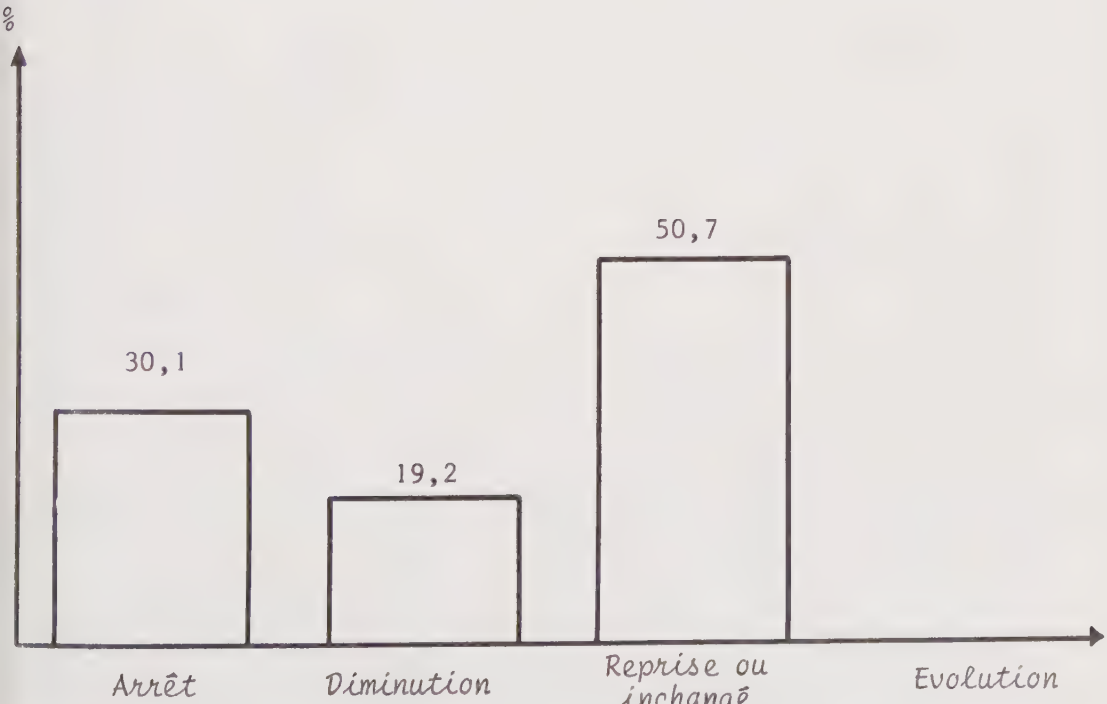
Si, comme nous l'avons fait pour l'établissement d'un bilan au moment où les sujets quittent le Centre nous effectuons un regroupement nous amenant à une classification en trois catégories, nous pouvons dresser un nouveau tableau (tableau V.4) et l'histogramme correspondant.

Tableau V.4. Répartition des sujets en fonction des résultats obtenus par l'enquête après leur dernière visite au Centre.

Résultat obtenu	*Effectifs*	*%*
Arrêt	122	30,1
Diminution	78	19,2
Reprise ou inchangé	205	50,7
Total	405	100,0



stogramme V.3.- Répartition des sujets en fonction de l'évolution de l'évolution de leur consommation tabagique après leur dernière visite au Centre.



stogramme V.4.- Répartition des sujets en fonction de l'évolution de leur consommation tabagique. Histogramme simplifié.

Il est extrèmement intéressant de comparer les tableaux IV.4. et V.4. Nous constatons que les résultats diffèrent. Le taux de succès obtenu à l'issue de la fréquentation du Centre par les sujets s'est modifié. Comme cela était prévisible, un certain nombre de sujets se sont remis à fumer après avoir quitté la consultation.

3. EVALUATION DES RESULTATS EN FONCTION DU RECUL EXPLOITABLE.

Il nous a paru intéressant de comparer à une époque donnée (Mai 1978) la répartition des sujets en fonction d'une part de leur état actuel d'intoxication ou de non intoxication tabagique et d'autre part de l'année de première consultation. Nous pouvons ainsi dresser un tableau comparatif (tableau V.5.).

Tableau V.5. Etude comparative des résultats actuellement observés en fonction de l'année de première consultation.

Résultat / Année	Arrêt	Diminution	Reprise ou Inchangé	Total
1972-1973	9 36,0 %	6 24,0 %	10 40,0 %	25 100,0 %
1974	14 32,6 %	9 20,9 %	20 46,5 %	43 100,0 %
1975	38 32,2 %	25 21,2 %	55 46,6 %	118 100,0 %
1976	37 25,5 %	26 17,9 %	82 56,6 %	145 100,0 %
1977	24 32,4 %	12 16,2 %	38 51,4 %	74 100,0 %
Ensemble	122 30,1 %	78 19,2 %	205 50,7 %	405 100,0 %

L'étude du tableau V.5. montre relativement peu de différence dans les résultats obtenus, quelle que soit l'année de première consultation. Sachant que pour les sujets vus pour la première fois en 1977, le recul exploitable varie de 5 mois complets à 18 mois, on peut dire que les pourcentages de réussite ou d'échec au début du sixième mois sont pratiquement définitifs. Ceci est confirmé par l'analyse de la situation tabagique actuelle des sujets vus pour la première fois antérieurement à 1977.

Les résultats obtenus confirment l'attitude des différents auteurs qui considèrent comme définitifs les résultats à un an. Les quelques chiffres que nous avons cités nous permettent de renforcer cette hypothèse.

Afin d'obtenir des données plus précises, nous pouvons dans ce cas encore réaliser une étude détaillée du dernier arrêt connu en fonction de l'année de première consultation quel que soit le tabagisme actuel des sujets. Nous pouvons ainsi construire le tableau V.6.

L'étude du tableau V.6. nous apporte un certain nombre de renseignements. Nous voyons que, quelle que soit l'année de première consultation, les arrêts de durées brèves (inférieures à 6 mois et plus encore inférieures à un mois) sont retrouvés avec des fréquences non significativement différentes. Ceci confirme l'hypothèse selon laquelle, dans les cas où nous aurons un échec du sevrage, les rechutes se produisent le plus souvent au cours des six premiers mois et de façon élective au cours du premier mois.

Tableau V.6. Etude comparative de la durée du dernier arrêt connu en fonction de l'année de première consultation.

Durée Arrêt / Année	S.P.	≤1 mois	1-2 mois	2-3 mois	3-6 mois	6-12 mois	1-2 ans	2-3 ans	3-4 ans	4-5 ans	> 5 ans	Total
1972 1973	0 0,0	5 29,3	1 5,9	1 5,9	1 5,9	2 11,8	1 5,9	1 5,9	0 0,0	4 23,5	1 5,9	17 100,0
1974	1 3,3	7 23,4	0 0,0	3 10,0	2 6,7	3 10,0	4 13,3	1 3,3	4 13,3	5 16,7	0 0,0	30 100,0
1975	2 2,2	23 25,1	7 7,6	5 5,4	10 10,8	5 5,4	7 7,6	26 28,3	7 7,6	0 0,0	0 0,0	92 100,0
1976	0 0,0	38 33,9	7 6,3	9 8,0	20 17,8	7 6,3	24 21,4	7 6,3	0 0,0	0 0,0	0 0,0	112 100,0
1977	0 0,0	26 44,0	4 6,8	4 6,8	6 10,2	14 23,7	5 8,5	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	59 100,0
Ensemble	3 1,0	99 32,0	19 6,1	22 7,1	39 12,6	31 10,0	41 13,3	35 11,2	11 3,5	9 2,9	1 0,3	310 100,0

4. ANALYSE DES RAISONS INVOQUEES PAR LES SUJETS POUR EXPLIQUER L'ECHEC DE LEUR SEVRAGE.

Dans le questionnaire que nous faisions parvenir au sujet, nous lui demandions, en cas d'échec du sevrage, de bien vouloir nous indiquer les raisons qui selon lui,expliquaient la rechute. Plusieurs réponses pouvaient bien entendu être citées par une seule personne. Classées par ordre de fréquence décroissante, nous avons trouvé :

- difficulté personnelle 14,5 %
- besoin, manque..... 11,5 %
- nervosité..... 10,2 %
- entourage tabagique.... 8,5 %
- habitude..... 4,5 %
- prise de poids..... 3,5 %
- autres..... 3,5 %

Nous voyons apparaître en première ligne les difficultés personnelles. A la suite d'une maladie, d'une hospitalisation, de conflits dans la vie intime ou professionnelle du sujet, la cigarette va jouer le rôle de "bouée de sauvetage", permettant à la personne de ressentir une fausse impression de sécurité.

Le sujet en état de sevrage, notamment au début, est un être fragile pour lequel le moindre conflit, le plus petit problème aura une raisonnance exagérée. La cigarette fidèle compagnon du fumeur, sera souvent alors reprise.

Les notions de besoin, de manque sont également fréquemment citées. Le sujet, devenu conscient de sa condition de toxicomane, éprouve un irrésistible besoin, le poussant à rechercher sa drogue favorite : le tabac.

Les autres raisons : nervosité, entourage tabagique, habitude, prise de poids sont moins fréquemment évoquées.

5. ETUDE SYSTEMATIQUE DES RESULTATS EN FONCTION DES CARACTERISTIQUES DES SUJETS.

a) ETUDE COMPARATIVE EN FONCTION DU SEXE.

Si nous comparons les résultats obtenus par les hommes et par les femmes, nous ne trouvons que peu de différences comme le montre le tableau V.8.

Tableau V.8. Etude comparative en fonction du sexe des résultats obtenus.

Sexe / Résultat obtenu	Hommes	Femmes	Ensemble
Arrêt	105 31,1 %	17 25,0 %	122 30,1 %
Diminution	66 19,6 %	12 17,6 %	78 19,2 %
Reprise ou inchangé	166 49,3 %	39 57,4 %	205 50,7 %
Total	337 100,0 %	68 100,0 %	405 100,0 %

b) ETUDE COMPARATIVE EN FONCTION DE L'AGE.

De la même façon nous pouvons effectuer une étude comparative en fonction de l'âge des sujets. Nous considèrerons trois groupes d'âge : les sujets de 25 ans ou moins, les sujets de 25 à 50 ans et les sujets de 51 ans et plus. Les résultats sont exposés dans le tableau V.9. Nous constatons que le pourcentage d'échec est plus élevé chez les sujets jeunes que chez les sujets âgés.(57,4% d'échecs chez les moinsde 25 ans contre seulement 39,8% chez les sujets de 51 ans et plus).

Tableau V.9. Etude comparative en fonction de l'âge des résultats obtenus.

Age / Résultat obtenu	≤ 25 ans	25-50 ans	51 ans	Ensemble
Arrêt	13 19,1 %	89 34,3 %	20 25,6 %	122 30,1 %
Diminution	16 23,5 %	35 13,5 %	27 34,6 %	78 19,2 %
Reprise ou inchangé	39 57,4 %	135 52,2 %	31 39,8 %	205 50,7 %
Total	68 100,0 %	259 100,0 %	78 100,0 %	405 100,0 %

c) *ETUDE COMPARATIVE EN FONCTION DE LA CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE.*

Nous avons regroupé les sujets en trois catégories:

A : professions agricoles, patrons, professions libérales, cadres supérieurs et cadres moyens.

B : employés, ouvriers, personnel de service.

C : autres.

Les résultats sont exposés dans le tableau V.10.

Tableau V.10. Etude comparative en fonction de la catégorie socio-professionnelle des résultats obtenus.

C.S.P. / Résultat obtenu	A	B	C	Ensemble
Arrêt	45 31,7	55 32,0	22 24,2	122 30,1
Diminution	24 16,9	33 19,2	21 23,1	78 19,2
Reprise ou inchangé	73 51,4	84 48,8	48 52,7	205 50,7
Total	142 100,0	172 100,0	91 100,0	405 100,0

Nous constatons que la catégorie socio-professionnelle intervient peu pour la réussite de la cure de sevrage.

d) ETUDE COMPARATIVE EN FONCTION DE LA TABAGIE OU NON DU CONJOINT.

Nous distinguons quatre catégories de sujets :

0 : ceux pour lesquels la tabagie du conjoint est inconnue,

1 : conjoint fumeur,

2 : conjoint non fumeur,

3 : pas de conjoint.

Les résultats sont exposés dans le tableau V.11.

Tableau V.11. Etude comparative en fonction de l'état de tabagie ou non du conjoint.

Tabagie du conjoint / Résultat obtenu	0	1	2	3	Ensemble
Arrêt	45 28,1	15 22,0	47 38,5	15 27,2	122 30,1
Diminution	37 23,1	9 13,2	19 15,6	13 23,6	78 19,2
Reprise ou inchangé	78 48,8	44 64,8	56 45,9	27 49,2	205 50,7
Total	160 100,0	68 100,0	122 100,0	55 100,0	405 100,0

Nous constatons que les sujets vivants avec un conjoint tabagique auront un pourcentage d'échec plus élevé que les sujets dont le conjoint ne fume pas. Le rôle de l'entourage est en effet très important. Il convient que toute la famille s'associe à l'effort du candidat au sevrage. Si au départ la démarche de demande de consultation est individuelle, par la suite la cellule familiale, comme d'ailleurs l'entourage professionnel vont jouer un rôle fondamental. Fumer est un acte social, arrêter de fumer l'est aussi.

e) ETUDE COMPARATIVE EN FONCTION DE L'AGE DE DEBUT DE L'INTOXICATION TABAGIQUE.

Nous regroupons les sujets en quatre catégories en fonction de l'âge auquel ils ont fumé leur première cigarette :

0 : âge de début inconnu,

1 : âge de début inférieur ou égal à 16 ans,

2 : âge de début de 17 à 20 ans,

3 : âge de début supérieur à 20 ans.

Les résultats sont exposés dans le tableau V.12.

Tableau V.12. Etude comparative en fonction de l'âge de début de l'intoxication tabagique.

Age de début / *Résultat obtenu*	*0*	*1*	*2*	*3*	*Ensemble*
Arrêt	12 33,3	41 27,9	56 31,1	13 30,9	122 30,1
Diminution	7 19,4	28 19,0	36 20,0	7 16,6	78 19,2
Reprise ou inchangé	17 47,3	78 53,1	88 48,9	22 52,3	205 50,7
Total	36 100,0	147 100,0	180 100,0	42 100,0	405 100,0

L'âge de début n'intervient pas de façon significative dans les résultats obtenus.

f) ETUDE COMPARATIVE EN FONCTION DE LA CONSOMMATION QUOTIDIENNE DE CIGARETTES.

Nous regroupons les sujets en quatre catégories en fonction de l'importance de la consommation habituelle de cigarettes avant la venue au Centre :

0 : consommation non précisée,

1 : une à 20 cigarettes par jour,

2 : 20 à 40 cigarettes par jour,

3 : plus de 40 cigarettes par jour.

Tableau V.13. Etude comparative en fonction de la consommation quotidienne de cigarettes.

Consommation quotidienne / Résultat obtenu	0	1	2	3	Ensemble
Arrêt	2 40,0	56 32,9	55 28,3	9 25,0	122 30,1
Diminution	0 0,0	37 21,7	32 16,5	9 25,0	78 19,2
Reprise ou inchangé	3 60,0	77 45,4	107 55,2	18 50,0	205 50,7
Total	5 100,0	170 100,0	194 100,0	36 100,0	405 100,0

Nous constatons que les résultats diffèrent peu, quelle que soit la consommation tabagique de départ. Les petits fumeurs se comportent à peu de chose près comme les moyens ou les grands fumeurs.

g) ETUDE COMPARATIVE EN FONCTION DU NOMBRE TOTAL DE CIGARETTES CONSOMMEES DEPUIS LE DEBUT.

Nous distinguerons quatre catégories de sujets :

0 : consommation globale non précisée,

1 : consommation de moins de 50.000 cigarettes,

2 : consommation de 50 à 200.000 cigarettes,

3 : consommation supérieure à 200.000 cigarettes.

Nous pouvons construire le tableau V.14.

Tableau V.14. Etude comparative en fonction du nombre total de cigarettes consommées depuis le début.

Consommation globale / *Résultat obtenu*	*0*	*1*	*2*	*3*	*Ensemble*
Arrêt	11 32,4	13 18,0	64 34,2	34 30,3	122 30,1
Diminution	7 20,6	17 23,6	24 12,8	30 26,8	78 19,2
Reprise ou inchangé	16 47,0	42 58,4	99 53,0	48 42,9	205 50,7
Total	34 100,0	72 100,0	187 100,0	112 100,0	405 100,0

Nous constatons que le taux d'échec diminue lorsque la consommation globale des cigarettes augmente. Les sujets ayant consommé moins de 50.000 cigarettes depuis le début de leur intoxication tabagique, ont un taux d'échec de 58,4 % alors que les gros fumeurs ayant consommé plus de 200.000 cigarettes n'ont qu'un taux d'échec de 42,9 %. Ce résultat peut sembler paradoxal mais ces résultats doivent être mis en parallèle avec ceux obtenus dans l'étude comparative en fonction de l'âge : les sujets les plus jeunes étaient ceux pour lesquels le taux d'échec était le plus élevé.

h) ETUDE COMPARATIVE EN FONCTION DU MOTIF DE CONSULTATION.

Nous avons retenu 10 catégories de sujets en fonction du motif de consultation invoqué :

0 : motif non précisé,

1 : désir personnel;

2 : peur de la maladie,

3 : sensation d'amoindrissement physique,

4 : désir d'échapper à la dépendance,

5 : pression de l'entourage,

6 : campagne anti-tabac,

7 : conseil du médecin traitant,

8 : conseil du médecin du travail,

9 : autres.

Ceci nous permet de construire le tableau V.15.

Nous constatons que les résultats obtenus sont équivalents quel que soit le motif initial de consultation. Seule une catégorie de sujets connaît un taux d'échec très élevé (86,9 %) : celle dont le motif principal de consultation est la peur de la maladie. Sachant que de nombreuses actions anti-tabac reposent essentiellement sur le tableau volontiers effrayant des risques encourus par les fumeurs, nous pouvons nous demander si d'autres aspects plus positifs ne devraient pas être développés : insister d'avantage sur les bienfaits d'une vie sans tabac plutôt que sur les risques du tabac. La peur de la maladie, si elle amène souvent les patients chez leur médecin, n'est pas pour autant un facteur incitant un sujet à modifier profondément son mode de vie.

Tableau V.15. Etude comparative en fonction du motif initial de consultation.

Motif de consultation / Résultat obtenu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ensemble
Arrêt	9 25,7	22 33,8	2 8,8	26 32,1	9 37,5	13 37,1	7 35,0	20 25,0	12 30,7	2 66,7	122 30,1
Diminution	5 14,3	11 16,9	1 4,3	15 18,5	2 8,3	6 17,1	4 20,0	22 27,5	11 28,2	1 33,3	78 19,2
Reprise et inchangé	21 60,0	32 49,3	20 86,9	40 49,4	13 54,2	16 45,8	9 45,0	38 47,5	16 41,1	0 0,0	205 50,7
Total	35 100,0	65 100,0	23 100,0	81 100,0	24 100,0	35 100,0	20 100,0	80 100,0	39 100,0	3 100,0	405 100,0

i) ETUDE COMPARATIVE EN FONCTION DE L'ETAT DU SUJET A LA PREMIERE CONSULTATION.

Nous avions retenu pour définir l'état du sujet au moment de la première consultation trois critères :

- Présence ou non de toux,
- Présence ou non d'expectoration,
- Présence ou non d'autres signes fonctionnels.

Une étude comparative, pour chaque critère nous montre que les résultats sont analogues quel que soit l'état du sujet à la première consultation (tableaux V.16, 17, 18).

Tableau V.16. Etude comparative en fonction de l'existence ou non de toux à la première consultation.

Toux / Résultat obtenu	Sans précision	Toux	Absence de toux	Ensemble
Arrêt	7 21,2	81 30,4	34 32,1	122 30,1
Diminution	7 21,2	50 18,8	21 19,8	78 19,2
Reprise ou inchangé	19 57,6	135 50,8	51 48,1	205 50,7
Total	33 100,0	266 100,0	106 100,0	405 100,0

Tableau V.17. Etude comparative en fonction de l'existence ou non d'expectoration à la première consultation.

Expectoration / Résultat obtenu	S.P.	Expecto-ration	Absence d'expecto-ration	Ensemble
Arrêt	10 25,6	64 32,0	48 28,9	122 30,1
Diminution	8 20,5	41 20,5	29 17,5	78 19,2
Reprise ou inchangé	21 53,9	95 47,5	89 53,6	205 50,7
Total	39 100,0	200 100,0	166 100,0	405 100,0

Tableau V.18. Etude comparative en fonction de l'existence ou non de signes fonctionnels à la première consultation.

Signes Fonctionnels / Résultat obtenu	S.P.	Signes fonc-tionnels	Absence de signe fonc-tionnel	Ensemble
Arrêt	14 29,2	63 28,1	45 33,8	122 30,1
Diminution	10 20,8	48 21,4	20 15,0	78 19,2
Reprise ou inchangé	24 50,0	113 50,5	68 51,2	205 50,7
Total	48 100,0	224 100,0	133 100,0	405 100,0

Plus intéressante nous apparaît l'étude de l'évolution de la consommation tabagique des sujets en fonction de l'existence d'une amélioration ou non de leur état respiratoire à l'issue de leur période de fréquentation du Centre. Les résultats sont exposés dans le tableau V.19.

Tableau V.19. Etude comparative en fonction de l'amélioration ou non de l'état respiratoire du sujet à l'issue de la fréquentation du Centre.

évolution des signes / Résultat obtenu	S.P.	Amélioration	Stationnaire	Aggravation	Ensemble
Arrêt	5 10,4	103 37,3	14 17,5	0 0,0	122 30,1
Diminution	23 47,9	39 14,1	16 20,0	0 0,0	78 19,2
Reprise ou inchangé	20 41,7	134 48,6	50 62,5	1 100,0	205 50,7
Total	48 100,0	276 100,0	80 100,0	1 100,0	405 100,0

Nous constatons que le taux d'échec est beaucoup plus important (62,5 %) chez les sujets n'ayant constaté aucune amélioration à la suite de leur fréquentation du Centre. A l'inverse, une amélioration sur la toux, l'expectoration ou d'autres signes fonctionnels représente un encouragement pour le sujet et une motivation supplémentaire le confirmant dans sa volonté de sevrage. Le taux d'échec est alors beaucoup plus bas (48,6 %).

Une constatation analogue peut être faite lors de l'étude comparative des résultats en fonction du bilan ventilatoire initial. Les résultats sont indiqués dans le tableau V.20. Nous constatons que le taux d'échec est d'autant

plus faible que le bilan ventilatoire du sujet est plus altéré. Ce sont donc les sujets qui ont ressenti le plus profondément en leur corps les méfaits du tabagisme qui sont les plus motivés et donc qui connaitront le meilleur pourcentage de succès.

Tableau V.20. Etude comparative en fonction du bilan initial d'exploration fonctionnelle ventilatoire.

Débits expiratoires maximaux / *Résultat obtenu*	*S.P.*	*Bon*	*Normal*	*Altéré*	*Très Altéré*	*Ensemble*
Arrêt	0 0,0	39 29,3	11 25,6	19 31,1	53 32,3	122 30,1
Diminution	3 75,0	18 13,5	7 16,3	9 14,7	41 25,0	78 19,2
Reprise ou inchangé	1 25,0	76 57,2	25 58,1	33 54,2	70 42,7	205 50,7
Total	4 100,0	133 100,0	43 100,0	61 100,0	164 100,0	405 100,0

j) ETUDE COMPARATIVE EN FONCTION DU NOMBRE DE TENTATIVES D'ARRET ANTERIEURES A LA PREMIERE VISITE AU CENTRE.

Nous avons classé les sujets en quatre catégories:

0 : pas de tentative d'arrêt ou nombre de tentatives d'arrêt non précisé.

1 : une seule tentative d'arrêt,

2 : 2 ou 3 tentatives d'arrêt,

3 : 4 tentatives d'arrêt ou plus.

Les résultats sont exposés dans le tableau V.21.

Tableau V.21. Etude comparative en fonction du nombre de tentatives d'arrêt antérieures à la première visite au Centre.

Tentatives d'arrêt / Résultat obtenu	0	1	2	3	Ensemble
Arrêt	36 24,2	47 38,2	33 35,9	4 12,1	122 30,1
Diminution	42 28,5	21 17,1	13 14,1	4 12,1	78 19,2
Reprise ou inchangé	73 50,3	55 44,7	46 50,0	25 75,8	205 50,7
Total	157 100,0	123 100,0	92 100,0	33 100,0	405 100,0

Nous constatons à la lecture du tableau V.21 que plus le nombre de tentatives d'arrêt antérieures à la première visite au Centre est grand, plus le pourcentage d'échec est élevé. (75,8 % pour les sujets ayant fait quatre tentatives d'arrêt ou plus ; 44,7 % d'échec seulement pour les sujets n'ayant fait qu'une seule tentative d'arrêt). Il s'agit là d'une donnée fréquemment retrouvée dans toutes les cures de désintoxication, tabagique , alcoolique ou pour tout autre produit. Les sujets "multi-demandeurs" s'adressant à toutes sortes de personnes et d'organisations sont plus souvent velléitaires que profondément motivés.

2) ETUDE COMPARATIVE EN FONCTION DE LA DUREE DE LA PRE-OCCUPATION DU CENTRE PAR LE SUJET.

Nous n'avons considéré que deux catégories de sujets : ceux ayant été suivis moins d'un mois et ceux ayant été suivis plus d'un mois. Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau V.22.

Tableau V.22. Etude comparative en fonction de la durée de fréquentation du Centre par le sujet.

Durée de fréquentation / *Résultat obtenu*	*< à 1 mois*	*⩾ 1 mois*	*Ensemble*
Arrêt	21 14,2	101 39,3	122 30,1
Diminution	45 30,4	33 12,8	78 19,2
Reprise ou inchangé	82 55,4	123 47,8	205 50,7
Total	148 100,0	257 100,0	405 100,0

Ce tableau nous montre l'intérêt de suivre les sujets pendant une période suffisamment longue. Le taux d'arrêt définitif passe en effet de 14,2 % pour les sujets suivis pendant moins d'un mois à 39,3 % pour les sujets suivis plus d'un mois. Cette possibilité de surveillance à long terme des patients constitue l'une des originalités de la consultation du Centre Ferdinand PIECHAUD. Elle a d'ailleurs été fortement appréciée par les anciens consultants qui, à l'occasion du questionnaire que nous leur avons fait parvenir, ont souligné l'intérêt et le sérieux de notre action.

-VI-

BILAN ET DISCUSSION DES RÉSULTATS OBTENUS

Au cours de ce travail, nous avons tenté d'étudier de façon détaillée les résultats obtenus par la consultation médicale de désintoxication tabagique du Centre Ferdinand PIECHAUD à Bordeaux.

Dans un premier temps, nous avons analysé les caractéristiques de 598 fumeurs, qui de 1972 à 1977 sont venus au Centre au moins deux fois. L'étude de l'évolution de la consommation tabagique de ces sujets nous a montré qu'à la fin de leur période de fréquentation de la consultation, le pourcentage d'arrêt complet était de 47 % et que le pourcentage de diminution était de 36,7 %.

Les résultats ainsi obtenus, à l'issue même de la phase de sevrage comportant un soutien médical, sont bons.

Comme le souligne J.L. SCHWARTZ, des critères standardisés pour l'évaluation des résultats des programmes de désintoxication tabagique n'ont pas encore été établis (85). Trop souvent les résultats fournis n'indiquent pas de façon précise ce que recouvre le mot "bon résultat". S'agit-il d'un arrêt complet ? S'agit-il tout simplement d'une diminution de la consommation du sujet, et dans ce cas dans quelle proportion ? Fréquemment également les durées pendant lesquelles les sujets sont suivis ne sont pas indiquées.

De toute façon, pour réaliser une étude valable, une appréciation des résultats à long terme est indispensable. En effet, comme le dit Bernard SHAW : "Cesser de fumer?... Rien de plus facile, je l'ai fait tant de fois". Cette citation montre bien lorsqu'on parle de désintoxication, la nécessité fondamentale de préciser non seulement la nature du résultat obtenu, mais également le recul avec lequel on peut l'apprécier.

Dans notre étude nous obtenons un taux d'arrêt complet de 30,1 % à un an. Ce résultat peut être considéré comme très bon, compte tenu du fait que nous avons montré que les résultats à un an sont pratiquement définitifs. De plus, il convient d'ajouter 19,2 % de sujets qui ont diminué, là encore de façon définitive leur consommation antérieure de tabac. Au total, nous avons donc, à un an 49,3 % de sujets pour lesquels le passage au Centre Ferdinand PIECHAUD a été bénéfique. Un tel succès, total ou partiel, portant sur pratiquement la moitié des sujets est excellent.

Nous avons ensuite tenté de mettre en exergue les caractéristiques intervenant de façon significative sur le résultat du sevrage. Le sexe, la catégorie socio-professionnelle, le motif de consultation n'ont pas paru jouer un rôle notable. A l'inverse l'âge du sujet, au moment de sa première consultation, est un facteur intéressant : les sujets jeunes, âgés de moins de 25 ans connaitront un taux d'échec plus important que les sujets âgés de plus de 51 ans. Dans le même sens, la quantité globale de cigarettes fumées depuis le début de l'intoxication tabagique va intervenir. Au fur et à mesure que cette quantité augmente, le taux de succès croît.

Le rôle d'autres facteurs était aisément prévisible. C'est le cas en particulier de l'existence d'une tabagie chez le conjoint du candidat au sevrage. De même, dans le cadre d'une désintoxication tabagique, comme d'ailleurs d'une désintoxication alcoolique le rôle néfaste de l'existence dans les antécédents du sujet de multiples tentatives antérieures de sevrage est bien connu.

Comme nous pouvons le constater, il ne nous est pas possible d'intervenir sur les facteurs que nous venons de citer. C'est la raison pour laquelle nous nous sommes attaché à rechercher deux autres facteurs jouant un rôle important dans la réussite ou l'échec de la désintoxication tabagique.

Le premier de ces facteurs est la durée de fréquentation du Centre par le candidat au sevrage. Nous avons vu que souvent cette durée est d'importance notable : 45,6% des sujets ont été suivis pendant un à 12 mois. Cela constitue un bon test d'acceptabilité de la méthode de sevrage proposée. Les sujets venus régulièrement au Centre pendant plus d'un mois ont un taux de succès supérieur à ceux qui ne sont venus que pendant un bref laps de temps.

Le deuxième facteur est l'influence des modifications résultant de l'arrêt de l'intoxication tabagique. Les résultats, à la fois subjectifs (sensation de mieux être,et objectifs (disparition de la toux, de l'expectoration ; amélioration des possibilités d'effort, de la qualité du sommeil) constituent les meilleures motivations, encourageant le sujet à persister dans sa démarche de sevrage.

Améliorer encore les résultats obtenus est certes souhaitable mais, dans la pratique cela est extrêmement difficile. Aucune méthode sérieuse de désintoxication tabagique quel que soit le processus utilisé pour aboutir au sevrage ne donne des résultats à un an comportant un taux de succès supérieur à 30 %.

Une consultation médicale de désintoxication tabagique, telle celle du dispensaire Ferdinand PIECHAUD, ne doit pas être considérée isolément. Elle constitue une pièce d'une politique globale de lutte contre le tabagisme. A côté de l'action somme toute curative d'un tel Centre, une action préventive doit être obligatoirement développée.

L'information et la formation à la santé de tous les fumeurs, effectifs ou potentiels,est une tâche d'importance primordiale. Elle devra viser en premier lieu les enfants et les adolescents, victimes de demain (et déjà d'aujourd'hui) de cette très ancienne "herbe au démon".

Un certain nombre de pays, dont la France ont suivi les directives de l'Organisation Mondiale de la Santé. C'est ainsi que notre pays s'est doté depuis 1976 d'un certain nombre de lois et de règlements visant à limiter l'usage du tabac dans les lieux publics ainsi qu'à réglementer de façon plus stricte qu'auparavant aussi bien la publicité en faveur du tabac que sa présentation au public.

D'autres méthodes de lutte contre le tabagisme ont été à une époque ou à une autre envisagées. Certaines d'entre-elles comme l'interdiction de la culture ou de la vente du tabac sont totalement irréalisables. D'autres apparaissent plus raisonnables. C'est le cas en particulier de l'essai de mise au point d'une cigarette atoxique ou plutôt d'une cigarette à faible risque (16). Ce type de produit, à teneur en nicotine et en goudrons faible peut être réalisé. Mais sachant qu'il a été constaté que le fumeur aura alors tendance à augmenter sa ration de cigarettes, la démarche à l'origine de ce type de recherches n'est-elle pas davantage basée sur des considérations économiques, plutôt que sur un véritable souci de Santé Publique ?

C O N C L U S I O N

A l'occasion de ce travail nous avons pu sur un plan pratique apprécier les difficultés rencontrées quotidiennement dans la lutte contre ce redoutable fléau social: le Tabagisme.

L'aide apportée aux fumeurs désireux de mettre fin à leur intoxication par des Centres, tels que celui du Dispensaire Ferdinand PIECHAUD à Bordeaux est de grande valeur.

Le très bon niveau des résultats obtenus confirme l'intérêt d'un soutien médical, personnalisé et suffisamment prolongé, qui constituera pour le candidat au sevrage une assistance précieuse.

L'importance accordée à la séméiologie respiratoire et à l'exploration fonctionnelle ventilatoire est originale. Les patients ont été très intéressés par cette approche de leur tabagisme et la possibilité qui leur a été donnée de vérifier eux-mêmes les conséquences bénéfiques de leur sevrage les a fortement encouragés à poursuivre leur effort.

La lutte contre le tabagisme, pour difficile qu'elle soit, mérite néanmoins d'être menée avec la plus grande fermeté car comme l'ont souligné les Professeurs FREOUR et COUDRAY "le tabac fait perdre aux fumeurs le bénéfice de plusieurs décénies d'efforts médicaux".

SERMENT

En présence des maîtres de cette École, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré a jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu,
Le Président de l'Université de Bordeaux II :
J. LATRILLE

Vu, bon à imprimer,
Le Président de Thèse :
P. FREOUR

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le 28 juin 1978
Le Chancelier des Universités :
R. PAULIAN

A N N E X E S

ANNEXE I

NOM : Prénom :

AGE : Profession :

DOMICILE :

CAUSES DE L'HOSPITALISATION :

ANTECEDENTS MEDICAUX NOTABLES :

CONSOMMATION TABAGIQUE A LA DATE DE L'HOSPITALISATION :

- cigarettes : /jour
- cigares : /jour
- pipes : /jour

Marques : filtre : oui / non

AGE AU DEBUT DE LA TABAGIE :

MOTIVATION DU DEBUT :

QUANTITE CONSOMME DEPUIS LE DEBUT :

TENTATIVE D'ARRET SPONTANE :

oui
non

si oui : combien ?
comment ?

pourquoi ?

raison des échecs :

TROUBLES D'ACCOMPAGNEMENT DE LA TABAGIE

- toux : oui / non

  A quel moment de la journée ?

  A quel moment de l'année ?

- expectoration : oui / non

- dyspnée au repos : oui / non

- dyspnée à l'effort : oui / non

  pour quel effort ?

- fatigue physique en fin de journée : oui / non

- céphalées vespérales : oui / non

- qualité de l'appétit :

- qualité du sommeil :

- état de la bouche le matin au réveil :

- transit intestinal :

- douleurs dans les jambes :

- tension artérielle :

AUTRES CHOSES QUE POURRAIT DIRE LE MALADE :

ANNEXE II

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

NUMERO DE DOSSIER	____	1
SEXE	_	5
AGE	__	6
CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE (Code 1)	__	8
TABAGIE DU CONJOINT :	_	10
AGE DE DEBUT DE L'INTOXICATION TABAGIQUE	__	11
CAUSE DE DEBUT (Code 2)	_	13
NOMBRE DE CIGARETTES PAR JOUR (Code 3)	_	14
NOMBRE DE CIGARETTES DEPUIS LE DEBUT (Code 4)	_	15
DATE DE L'EXAMEN INITIAL	__ __ __	16
MOTIF PRINCIPAL DE CONSULTATION (Code 5)	_	22
AUTRE MOTIF DE CONSULTATION (Code 5)	_	23
TOUX A LA PREMIERE CONSULTATION	_	24
EXPECTORATION A LA PREMIERE CONSULTATION	_	25
SIGNES FONCTIONNELS A LA PREMIERE CONSULTATION	_	26
BILAN INITIAL D'EXPLORATION FONCTIONNELLE (Code 6)	_	27

DESINTOXICATION TABAGIQUE

I - AVANT LA VISITE AU CENTRE :

.TENTATIVES D'ARRET |_| 28

Si oui,

Nombre de tentatives |_| 29

Méthodes utilisés (Code 7) |_|_| 30

Durée moyenne des arrêts (en semaines) |_|_|_| 32

Durée totale des arrêts (en semaines) |_|_|_| 35

.CAUSE DE LA REPRISE :

Nervosité |_| 38

Prise de poids |_| 39

Habitude |_| 40

Entourage tabagique |_| 41

Difficultés personnelles |_| 42

Autre |_| 43

Pas de raison précise |_| 44

II - PENDANT LA PERIODE DE FREQUENTATION DU CENTRE

Suivi du sujet (en semaines) |_|_|_| 45

Traitements médicamentaux |_| 48

Si oui, produit utilisé (Code 9) |_| 49

Résultat sur la consommation de tabac (Code 10) |_| 50

Résultat sur les signes (Code 11) |_| 51

Résultat sur le bilan ventilatoire (Code 12) |_| 52

Durée du dernier arrêt connu (en semaines) |_|_|_| 53

Durée moyenne des arrêts (en semaines) |_|_|_| 56

Durée totale des arrêts (en semaines) |_|_|_| 59

Cause de la reprise :

- Nervosité |_| 62
- Prise de poids |_| 63
- Habitude |_| 64
- Entourage tabagique |_| 65
- Difficultés personnelles |_| 66
- Autre |_| 67
- Pas de raison précise |_| 68

Prise de poids au bout d'un mois d'arrêt (Code 13) |_| 69

Prise de poids au bout de six mois d'arrêt (Code 13) |_| 70

III - DEPUIS LA DERNIERE VISITE AU CENTRE : |_|_|_|2| 1

Intervalle entre la 1ère visite et la réponse à la lettre |_|_|_| 5

Intervalle entre la dernière visite et la réponse |_|_|_| 8

Le sujet fume-t-il actuellement ? |_| 11

Si le sujet fume actuellement ou s'il a refumé à certaines périodes :

Nombre d'arrêts : |_| 12

- Durée du dernier arrêt (en semaines) |_|_|_| 13
- Duréemoyenne des arrêts (en semaines) |_|_|_| 16
- Durée totale des arrêts (en semaines) |_|_|_| 19

Nombre de reprises : |_| 22

- Durée moyenne des reprises (en semaines) |_|_|_| 23
- Durée totale des reprises (en semaines) |_|_|_| 26

Raison des reprises :

- Nervosité |_| 29
- Prise de poids |_| 30
- Habitude |_| 31
- Entourage tabagique |_| 32
- Difficultés personnelles |_| 33
- Autre |_| 34
- Pas de raison précise |_| 35

IV - BILAN

Evolution de la consommation tabagique du sujet (Code 10) |_| 36

Durée du dernier arrêt (en semaines) |_|_|_| 37

Durée moyenne des arrêts (en semaines) |_|_|_| 40

Durée totale des arrêts (en semaines) |_|_|_| 43

CENTRE FERDINAND PIÉCHAUD

2, Rue des Treuils - 33000 BORDEAUX

Téléphone 96.65.22 et 96.68.84

CONSULTATIONS

Pneumologie

Mercredi . . 9 h. Dr MARTRE
Jeudi . . . . 9 h. Pr FRÉOUR
Vendredi . . 9 h. Mme Dr LE LOURD
Vendredi . . 9 h. Dr MONMAYOU
Mercredi . 15 h Pr TESSIER
(sur rendez-vous)

Insuffisances respiratoires
(sur rendez-vous)

Lundi . . . après-midi } Dr CHOMY / Dr BERNADOU
Mardi . . . après-midi Dr COURTY
Jeudi . . . après-midi } Dr BORDAS
Vendredi après-midi }
Lundi . . . après-midi } Dr LABADIE
Jeudi . . . après-midi }

Allergologie
(sur rendez-vous)

Jeudi . . . après-midi } Dr MALLET
Vendredi matin }

Psycho-somatique
(sur rendez-vous)

Vendredi . . . matin Dr M. de BOUCAUD

BORDEAUX, le

M

Vous êtes venu (e) le :
au Centre Ferdinand Piéchaud 2 rue des Treuils à BORDEAUX dans le but de vous arrêter de fumer. A la suite de cette première visite, vous avez fréquenté la consultation des Docteurs LABADIE et DONES.

Afin de mener à bien une étude sur cette consultation et sur ses résultats à long terme, nous serions très heureux si vous acceptiez de répondre aux quelques questions que nous vous soumettons et si vous nous retourniez ce document dans l'enveloppe ci-jointe sans l'affranchir.

En vous remerciant de votre aimable collaboration, nous vous prions de croire, M , à l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Docteur J.C. LABADIE

Docteur J.P. DONES

- FUMEZ-VOUS ACTUELLEMENT ?

OUI

NON

- SI VOUS FUMEZ ACTUELLEMENT OU S'IL VOUS EST ARRIVE A CERTAINES PERIODES DE FUMER DE NOUVEAU, POUVEZ-VOUS NOUS PRECISER :

LE NOMBRE D'ARRETS : LEURS DUREES :

LE NOMBRE DE REPRISES : LEURS DUREES :

NS CE DERNIER CAS, POUVEZ-VOUS NOUS INDIQUER LES RAISONS POUR LESQUELLES US AVEZ RECOMMENCE A FUMER ?

N°

CENTRE FERDINAND PIÉCHAUD

2, Rue des Treuils - 33000 BORDEAUX

Téléphone 96.65.22 et 96.68.84

CONSULTATIONS

Pneumologie

Mercredi . . 9 h. Dr MARTRE
Jeudi . . . . 9 h. Pr FRÉOUR
Vendredi . . 9 h. Mme Dr LE LOURD
Vendredi . . 9 h. Dr MONMAYOU
Mercredi . . 15 h Pr TESSIER (sur rendez-vous)

Insuffisances respiratoires

(sur rendez-vous)

Lundi . . . après-midi { Dr CHOMY / Dr BERNADOU
Mardi . . après-midi Dr COURTY
Jeudi . . . après-midi / Vendredi après-midi { Dr BORDAS
Lundi . . . après-midi / Jeudi . . . après-midi { Dr LABADIE

Allergologie

(sur rendez-vous)

Jeudi . . . après-midi / Vendredi matin { Dr MALLET

Psycho-somatique

(sur rendez-vous)

Vendredi . . . matin Dr M. de BOUCAUD

BORDEAUX, le

M

Vous êtes venu (e) le :
au Centre Ferdinand Piéchaud 2, rue des Treuils à Bordeaux dans le but de vous arrêter de fumer. A la suite de cette première visite, vous avez fréquenté la consultation des Docteurs LABADIE et DONES.

Afin de mener à bien une étude sur cette consultation et sur ses résultats à long terme, nous vous avons fait parvenir il y a quelques semaines une première lettre vous demandant de bien vouloir répondre à deux questions concernant votre ancienne intoxication tabagique. Nous n'avons pas encore reçu de réponse de votre part.

Etant donné qu'il serait extrêmement utile de savoir ce que vous êtes devenu (e), nous nous permettons de vous écrire une nouvelle fois en vous demandant de répondre aux quelques questions que nous vous soumettons et de nous retourner ce document dans l'enveloppe ci-jointe sans l'affranchir.

Nous espérons que vous comprendrez l'importance de votre collaboration et nous vous assurons, M , de nos remerciements les plus sincères.

Docteur J.C. LABADIE

Docteur J.P. DONES

. Si vous avez répondu à notre
mière lettre, veuillez ne pas tenir
pte de cet envoi. Merci.

FUMEZ-VOUS ACTUELLEMENT ?
OUI
NON

SI VOUS FUMEZ ACTUELLEMENT OU S'IL VOUS EST ARRIVE A CERTAINES PERIODES DE FUMER DE NOUVEAU, POUVEZ-VOUS NOUS PRECISER :

LE NOMBRE D'ARRETS : LEURS DUREES :

LE NOMBRE DE REPRISES : LEURS DUREES :

CE DERNIER CAS, POUVEZ-VOUS NOUS INDIQUER LES RAISONS POUR LESQUELLES AVEZ RECOMMENCE A FUMER ?

B I B L I O G R A P H I E

---

1 - ARNOLD E.-
Le tabagisme et ses effets.
Cahiers médico-sociaux, 1977, 21, 2.

2 - ATKINSON A.B., TOWNSEND J.L.-
Economic aspects of reduced smoking.
Lancet, 1977, 2, 492-494.

3 - ASHLEY M.J.-
Le fumeur. Responsabilité de la profession médicale.
Canad. J. Publ. Hlth, 1972, 63, 2-3.

4 - BERNADOU M., FREOUR P., LABADIE J.C., DONES J.P., GACHIE J.P., TESSIER J.F., LE GUAY L.-
La désintoxication tabagique et ses résultats sur la mécanique ventilatoire.
Bordeaux Méd., 1977, 10, 1321-1328.

5 - BERNADOU M., LE GUAY L., CHIDLER H., TESSIER J.F., FREOUR P.-
Dépister la bronchite chronique.
Bordeaux Méd., 1975, 8, 1519-1524.

6 - BEST J.A., BASS F., OWEN L.E.-
Mode of Service Delivery in a Smoking Cessation Program for Public Health.
Canad. J. Publ. Hlth, 1977, 68, 469-473.

7 - BOUTIN C.-
Faut-il vraiment arrêter de fumer ?
1 vol., Robert LAFFONT Ed., Paris, 1977.

8 - BOUTIN C., VIALLAT J.-
Aspects psychosociologiques de la consommation de tabac.
Rev. Prat., 1978, 28, 1465-1475.

9 - BRENGELMANN J.C.-
La thérapie comportementale des états de dépendance.
Psychol. Méd., 1976, 8-1, 41-59.

10 - BUHL F., FLAMANT R., ISARD C., TUBIANA M.-
Les cigarettes à "faible risque".
Conc. Méd., 1977, 37, 5547-5555.

11 - CHICOU F.J.-
Tabac et Santé Publique.
Bull. Cancer, 1975, 62, 103-119.

12 - CHICOU F.J.-
La prévention du tabagisme chez les jeunes Français.
Rev. Prat., 1978, 28, 1423-1428.

13 - CHICOU F.J., LAFERRIERE N., CANOLLE G., LE TOURNEAU E., BOULARD P., TICHET J.-
Absentéisme et consommations médicamenteuses liés au tabagisme et à la bronchite chronique dans une population de travailleurs.
Rev. Méd. Assurance Maladie, 1977, 2, 39-46.

14 - CORSINI R.-
A standard recording and reporting system for smoking withdrawal research.
Amer. J. Publ. Hlth., 1972, 62, 159-163.

15 - COUDRAY P.-
Pourquoi fumez-vous ?
Conc. Méd., 1967, 37, 5789-5791.

16 - COUDRAY P.-
Pourquoi ne fumez-vous pas ?
Conc. Méd., 1968, 8, 1965.

17 - COURILLEAU M.-
Tabagisme et sulfate de lobéline.
Gaz. Méd. France, 1963, 24, 4292-4296.

18 - COUSIN M.-
Le tabac, que faut-il en penser ?
Conc. Méd., 1962, 3977.

19 - CURRAN T.L.-
Physicians who smoke.
New Engl. J. Med., 1978, 298, 1037.

20 - DENSON R.-
Cigarette smoking. A child's guide to addiction.
Canad. J. Publ. Hlth., 1973, 64, 1-4.

21 - DOLL R., BRADFORD, HILL A.B.-
Mortality in relation to smoking. Ten years observation of British doctors.
Brit. Med. J., 1964, 1, 1399-1410, 1460-1467.

22 - DORSEY J.L.-
Control of the tobacco habit.
Ann. Int. Med., 1936, 10, 628.

23 - DUBREN R.-
Evaluation of televised stop smoking clinic.
Publ. Hlth. Reports., 1977, 92, 81-84.

24 - DUFOUR A.-
Il faut lutter contre le tabagisme en France.
Conc. Méd., 1972, 94, 3841-3853.

25 - DUFOUR A., COUSIN M., AUGENDRE P.M.-
Cesser de fumer. Pourquoi ? Comment ?
1 vol., SDT Ed., Dammarie-les-Lys, 1975.

26 - DUFOUR H.-
Le servage, avantages et inconvénients.
Rev. Prat., 1978, 28, 1443-1454.

27 - Les effets du tabac sur la santé.
Rapport d'un Comité d'Expets de l'O.M.S., Série des rapports techniques, n° 568, Genève 1975.

28 - EYSENCK H.J.-
Smoking personnality and psychosomatic disorders.
J. Psychosoma. Res., 1963, 7, 107.

29 - FALLER G., BELANGER P., CWAJGENBAUM S.,L'HUILLIER J.P.-
Le tabagisme, Résultats et réflexions sur une enquête nationale.
Rev. Méd. Assurance Maladie, 1977, 4, 32-51.

30 - FLETCHER C.M., DOLL R.-
A survey of doctor's attitudes to smoking.
Brit. J. Prev. Soc. Med., 1969, 23, 145.

31 - FLETCHER C.M., HORN D.-
Usage du tabac et santé.
Chronique O.M.S., 1970, 34, 378-405.

32 - FREOUR P.-
Pages pour un impétrant.
Journal de Méd., Bordeaux, 1967, 3, 353-359.

33 - FREOUR P.-
Pourquoi fumez-vous trop ?
Conc. Méd., 1967, 52, 8891.

34 - FREOUR P.-
Le tabac, le tabagisme et ses conséquences.
Bordeaux Méd., 1970, 10, 2509-2929.

35 - FREOUR P.-
Fumeurs, ne consumez plus votre santé.
1 vol. coll. Guides ELP, Paris, 1974.

36 - FREOUR P.-
Propositions pour un programme de lutte contre les bronchopathies chroniques. Dépistage et lutte contre les facteurs de risque.
Rev. Fr. Mal. Resp., 1977, 5, 71-86.

37 - FREOUR P.-
La prévention du tabagisme.
Actua. Pharm., 1977, 132, 41-45.

38 - FREOUR P., COMPAGNON M., PUJOLS Ch., GACHIE J.P., COUDRAY P., TESSIER J.F.-
Les praticiens girondins et le tabagisme. Evolution des connaissances et des attitudes de 1971 à 1976.
Psychol. Méd., 1978, 10, 287-295.

39 - FREOUR P., COUDRAY P.-
Qui fume et comment fume-t-on ?
Santé de l'homme, 1972, 179, 19-22.

40 - FREOUR P., COUDRAY P.-
Fumeurs en question.
1 vol. A. LESON Ed., Paris, 1977.

41 - FREOUR P., COUDRAY P., BERNADOU M., GACHIE J.P., LABADIE J.C., DONES JP., SAUDOU G.F.-
Sondage sur 2000 scolaires de la Gironde pour une étude de l'impact de la campagne anti-tabac d'octobre 1976.
Bordeaux Méd., 1977, 10, 2163-2168.

42 - FREOUR P., COUDRAY P., FONTAN M.E.C.-
Approche pour une lutte contre l'intoxication tabagique. Données épidémiologiques sur un groupe d'adultes des deux sexes.
Bull. Acad. Nat. Méd., 1970, 154, 633-648.

43 - FREOUR P., COUDRAY P., SERISE M.-
Le tabagisme, phénomène social. Approches épidémiologiques et prophylactiques.
Rev. Tub. Pneum., 1972, 36, 281-296.

44 - FREOUR P., COUDRAY P., SERISE M.-
Le tabagisme, fléau social contemporain. Données pour une action éducative.
Inter. J. Hlth. Educ., 1973, 16, 85.

45 - FREOUR P., COUDRAY P., TESSIER J.F., LAROZA J.P.-
Le coût du tabagisme en France.
Bull. Acad. Nat. Méd., 1976, 160, 583-591.

46 - FREOUR P., LABADIE J.C., BERNADOU M.-
Développement et premiers résultats d'une consultation spécialisée de lutte contre le tabagisme.
Bordeaux Méd., 1975, 8, 1685-1689.

47 - FREOUR P., LABADIE J.C., BERNADOU M.-
Une consultation médicale de lutte contre le tabagisme.
Conc. Méd., 1975, 36, 5697-5703.

48 - FREOUR P., LABADIE J.C., BERNADOU M., SERISE M.-
Mise au point à propos du tabagisme.
Cahiers Méd., 1976, 19, 1290-1293.

49 - FREOUR P., LABADIE J.C., GACHIE J.P., SERISE M., LE GUAY L., BERNADOU M., TESSIER J.F.-
Evolution de certains paramètres de la mécanique ventilatoire du fumeur après sevrage.
Rev. Fr. Mal. Resp., 1975, 3, 927-934.

50 - FREOUR P., LE GUAY L., LABADIE J.C., BERNADOU M., TESSIER J.F., SERISE M.-
Perturbations fonctionnelles après inhalation de la fumée d'une cigarette. Etude par les courbes débit-volume.
Cahiers médicaux, 1976, 19, 1292.

51 - FREOUR P., SERISE M., COMPAGNON M.-
Note sur les médecins et le tabac.
Bordeaux Méd., 1973, 10, 1477-1485.

52 - FREOUR P., SERISE M., COUDRAY P., BERNADOU M., TESSIER J.F., ALEXANDRE J.P.-
Du tabac chez les lycéennes. Etude du comportement et d'attitudes.
Rev. Epidem. Méd. Soc. Santé Publ., 1971, 19, 761-779.

53 - FREOUR P., SERISE M., TESSIER J.F., COUDRAY P., MALLET J.R., BORDAS P.-
Approche épidémiologique des bronchopathies chroniques et considérations sur leur prophylaxie.
Bordeaux Méd., 1973, 10, 1401-1412.

54 - GAILLARD A.-
A propos du traitement de la tabacomanie.
Conc. Méd., 1968, 12, 2533-2536.

55 - GERAUD.-
Pourquoi fumez-vous ?
Conc. Méd., 1967, 52, 9022-9024.

56 - GIRBAL J.P., BOUTIN C.-
Médecins et tabac.
Marseille Méd., 1975, 11, 611-615.

57 - GRAHAM S.-
Studies of behavior change to enhance Public Health.
Amer. J. Publ. Hlth., 1973, 63, 327-334.

58 - GUIGNON P.M.-
Le médecin face aux problèmes du tabac.
Sem. Thér., 1965, 41, 69.

59 - HIRSCH A.-
Le tabac.
Rev. Prat., 1976, 33, 2313-2327.

60 - HITIER H., SABOURIN L.-
Le tabac.
Coll. "que sais-je ?", n° 87, 1970.

61 - HORN D.-
Cigarette smoking among high school students.
Amer. J. Publ. Hlth., 1959, 60, 1497-1511.

62 - HORN D., WAIGROW S.-
Some dimensions of a model for smoking behavior change.
Amer. J. Publ. Hlth., 1966, 56, 21.

63 - HUGUIER M.-
Le tabac : risques calculables.
Conc. Méd., 1976, 45, 7291-7293.

64 - KOUPERNIK C.-
Aspects psychosociologiques de l'habitude prise de consumer des feuilles de tabac au moyen de sa propre bouche.
Cahiers Sandoz, 1969, 15, 49-74.

65 - LABADIE J.C.-
Peut-on supprimer les facteurs de risque en bronchopathie chronique et en particulier le tabac ?
Bordeaux Méd., 1976, 19, 1517-1519.

66 - LABADIE J.C.-
Techniques de sevrage.
Rev. Prat., 1978, 28, 1433-1438.

67 - LACROIX J.C., BESANÇON F.-
Le sevrage du tabac. Efficacité de l'acupuncture dans un essai comparatif.
Ann. Méd. Interne, 1977, 128, 405-408.

68 - LAGRUE G., GUMPELSON A., FAUCHER G., GRILLOT A.-
La désintoxication antitabagique.
Nouv. Presse Méd., 1977, 6, 25, 2255.

69 - LAWTON M.P.- Phantastica.
The psychology of adolescent anti-smoking education.
J. of School Health., 1963, 23, 337-345.

70 - LEWIN L.-
1 vol. Petite bibliothèque Payot, Paris, 1970.

71 - LUCE B.R., SCWEITZER S.O.-
Smoking and alcohol abuse : a comparison of their economic consequences.
New Engl. J. Med., 1978, 10, 569-570.

72 - MAUSNER J.S., MAUSNER B.-
The physician and the control of smoking.
Ann. Intern. Med., 1968, 1359-1362.

73 - Mesures législatives d'action anti-tabac dans le monde.-
In Recueil international de législation sanitaire, 1976, 27, 529-556, Genève.

74 - NEUMAN M.-
Acquisitions récentes sur le tabagisme et la thérapeutique anti-tabagique.
Gaz. Méd. France, 1964, 24, 4297.

75 - OVERHOLT R.H.-
The physician's obligation in the smoking issue.
New York J. Med., 1964, 1287-1300.

76 - PESTEL M.-
Du tabac, de ses méfaits, de l'art aussi de les combattre.
Presse Méd., 1960, 68, 2318-2321.

77 - PICARD G.-
Quelle méthode pour cesser de fumer ?
50 millions de consommateurs, 1978, 91, 8-11.

78 - PROVOST G.-
Drugs to curb the tobacco habit.
J. of the Am. Pharm. Assoc., 1964, NS4, 339.

79 - ROBIN G., ORR M.B.-
Smoking withdrawal clinics.
New Engl. J. Med., 1971, 24, 1384.

80 - RODE A., SHEPARD R.J., ROSS R.-
Smoking and personality.
Am. Rev. of Resp. Dis., 1971, 104, 929-932.

81 - RUSSK I., SERRES P., DUCLAUX R., FANTINO M., MASSONET B., CABANAC M.-
Thérapeutique comportementale anti-tabac, résultats préliminaires.
Nouv. Presse Méd., 1977, 40, 3725.

82 - SALBER E.J., ROCHMAN J.-
Personality differences between smokers and non-smokers.
Arch. Environ. Health., 1964, 8, 459.

83 - SALLE P.-
Tabagisme et anti-tabac.
Sem. Ther., 1964, 10, 638.

84 - SCHWARTZ J.L.-
Maximizing success in smoking cessation methods.
Amer. J. Publ. Hlth., 1969, 59, 1392-1399.

85 - SCHWARTZ J.L.-
A critical review and evaluation of smoking control methods.
Publ. Hlth Rep., 1969, 84, 483-506.

86 - SCHACHTER S.-
Pharmacological and psychological determinants of smoking.
Ann. Intern. Med., 1978, 88, 104-114.

87 - SERISE M., FREOUR P., BERNADOU M., ROGER J.C.-
La consommation de cigarettes dans un groupe de jeunes scolaires de 12 à 14 ans en 1972.
Rev. Epidém. Méd. Soc et Santé Pub., 1973, 21, 723-740.

88 - S.O.F.R.E.S.-
Les Français et le tabac.
Résultats d'un sondage effectué entre le 7 et le 10 décembre 1974 pour l'ONSER et le CNCT.

89 - TESSIER J.F., LE GUAY L., BERNADOU M., GACHIE J.P., DONES J.P., LABADIE J.C., FREOUR P.-
Etude des courbes débit-volume chez le sujet normal.
Rev. Fr. Mal. Resp., 1976, 4, 431-442.

90 - TESSIER J.F., LE GUAY L., BERNADOU M., GACHIE J.P., DONES J.P., LABADIE J.C., FREOUR P.-
Intérêt des débits maximaux expiratoires dans le dépistage précoce des broncho-pneumopathies obstructives.
Rev. Fr. Mal. Resp., 1976, 4, 943-952.

91 - THOMPSON E.L.-
Smoking Education programs.
Amer. J. Publ. Hlth., 1978, 68, 251-257.

92 - VEIL S.-
Politique de santé et lutte contre le tabagisme.
Rev. Prat., 1976, 44, 3053 et 3068.

93 - VIALLAT J., BOUTIN C.-
Tabac et publicité ou pourquoi la publicité sur le tabac est-elle aussi efficace ?
Marseille Méd., 1975, 11, 605-609.

94 - WEST D.W., GRAHAM S., SWANSON M., WILKINSON G.-
Five years follow-up of a smoking withdrawal clinic population.
Amer. J. Publ. Hlth, 1977, 67, 536.

95 - ZIVY.-
Les médecins et le tabac.
Bull. Ordre des Médecins, 1976, suppl. n° 4.

EDITIONS BERGERET 71/73 Rue Leyteire 33000 BORDEAUX T.(56)91.12.59